https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

سيكولوجية الدمج في الطفولة المبكرة

الأستاذ الدكتور
بطرس حافظ بطرس

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

بسم الله الرحمن الرحيم

سيكولوجية الدمج في الطفولة المبكرة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رقـــــم التصنيـــــف : 155.4
المؤلف ومن هو في حكمه: بطرس حافظ بطرس
عنـــوان الكتـــــاب: سيكولوجية الدمج في الطفوله المبكرة
رقـــــم الايــــــداع : 2008/8/2941
الــواصفـــــــــات: سيكولوجية الطفولة/ رعاية الطفولة / الأطفال
بيـــانـــات النـشر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع
* - تم اعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

حقوق الطبع محفوظة للناشر

جميع حقوق الملكية الأدبية والفنية محفوظة لدار المسيرة للنشر والتوزيع - عمان - الأردن، ويحظر طبع أو تصوير او ترجمة أو إعادة تنضيد الكتاب كاملاً او مجزا او تسجيله على اشرطة كاسيت أو إدخاله على الكمبيوتر او برمجته على اسطوانات ضوئية إلا بموافقة الناشر خطياً

Copyright ©
All rights reserved

الطبعة الأولى

2009 م - 1430 هـ

دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة

عمان-العبدلي-مقابل البنك العربي
هاتف:5627049 فاكس:5627059
عمان-ساحة الجامع الحسيني-سوق البتراء
هاتف:4640950 فاكس:4617640
ص.ب 7218 - عمان 11118 الأردن
www.massira.jo

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

سيكولوجية الدمج في الطفولة المبكرة

الأستاذ الدكتور
بطرس حافظ بطرس

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الفهــرس

المقدمة 13

الباب الأول

التربية الخاصة وسياسة الدمج

الفصل الأول

التربية الخاصة

مقدمة 17

أولاً: المقصود بالتربية الخاصة 17

- أهداف التربية الخاصة 18
- مبادئ التربية الخاصة 19
- مجالات التربية الخاصة 19
- برامج التربية الخاصة 20
- فئات التربية الخاصة 21

ثانيا: دور المعلم و رسالته. 23

- أهمية رسالة معلم التربية الخاصة 23
- دور معلم التربية الخاصة 24
- معلم التربية الخاصةو عملية الدمج 25
- دور المعلم العادى فى فصول و مدارس الدمج. 27

الفصل الثاني

عملية دمج ذوى الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين

أولاً: عملية الدمج 29

- المقصود بالدمج 29
- مفهوم الدمج عند بعض الدول 30

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- أنماط الدمج 33
- أنواع وأشكال الدمج 34
- أهداف الدمج 36
- الاتجاهات نحو الدمج 37

ثانيا: مميزات الدمج و سلبياته و آثاره **37**

- مميزات الدمج 37
- سلبيات الدمج 39
- مشكلات الدمج 41
- تحفظات على سياسة الدمج الكامل 42

الفصل الثالث
التخطيط لعملية الدمج

أولاً: معايير الدمج.. **43**

- الإجراءات التي تسبق عملية الدمج 44
- متطلبات عملية الدمج 45

ثانيا: تعديل المنهج ليلائم عملية الدمج **48**

- طرق تعديل المنهج 48
- بدائل المنهج المختلفة 51

ثالثا: شروط الدمج الناجح **51**

- العوامل التي تساعد على نجاح عملية الدمج 53
- دور المدرسة و الاسرة و المجتمع فى تحقيق سياسة الدمج 54
- المبادئ الإرشادية للتعامل مع اسرة الطفل المدمج.. 60

رابعاً: فوائد الدمج **61**

- فوائد الدمج للطفل المعاق 61
- الآثار النفسية و الاجتماعية للدمج على الطفل المعاق 62
- فوائد الدمج للأطفال العاديين 63
- فوائد الدمج للآباء 63
- فوائد الدمج الأكاديمية 63

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- فوائد الدمج الاجتماعية 63
- اثر الدمج التعليمي على المجتمع 65

الباب الثاني

دمج الأطفال المعاقين جسميا و حركيا مع اقرانهم العاديين

الفصل الرابع

دمج الأطفال ذو العوق الحركى مع العاديين

أولاً: مدخل الى الاعاقة الحركية **71**

- مفهوم الحركة 71
- كيف تحدث الحركة 73
- المهارات الحركية لدى الاطفال العاديين 75
- المقصود بالعوق الحركي 78

ثانيا : مظاهر النمو الحركى و الفكرى للطفل **78**

- التطور الحركي والفكري 81
- تقييم التطور الحركي والفكري 83

ثالثا : متطلبات دمج الاطفال ذو العوق الحركي مع العاديين **88**

- التدخل المبكر 88
- تهيئة الطفل لعملية الدمج 90
- التقييم التربوي والنفسي للمعوقين بدنياً وحركياً 91
- البيئة التعليمية الملائمة لدمج ذوي العوق الحركي 92
- الاستراتيجيات التعويضية للأطفال المدمجين 95

الفصل الخامس

دمج الأطفال ذو الشلل الدماغى مع العاديين

أولاً: مدخل إلى الشلل الدماغي **105**

- المقصود بالشلل الدماغي 105
- تساؤلات وحالات حول الشلل الدماغي 106
- أسباب الشلل الدماغي 113

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- نسبة الإصابة 114
- مقاييس النمو للأطفال ذوي الشلل الدماغي 115
- الأعراض المصاحبة للشلل الدماغي 119
- صعوبات التغذية لذوي الشلل الدماغي 123
- اضطرابات النطق لذوي الشلل الدماغي 125
- الشلل الدماغي والقدرات اللغوية 126
- أنواع الشلل الدماغي 129
- الشلل الدماغي وزيادة التوتر العضلي 138
- تشخيص الأطفال ذوي الشلل الدماغي 142
- ردود فعل الوالدين تجاه الطفل ذوي الشلل الدماغي 148

ثانيا :تأهيل وعلاج الأطفال ذوي الشلل الدماغي 152

- الوقاية من الشلل الدماغي 152
- التدخل المبكر للتدريب والعلاج لنجاح عملية الدمج 153
- دور العلاج الطبيعي لذوي الشلل الدماغي 159
- تمارين مقترحة في العلاج الحركي للأطفال ذوي الشلل الدماغي 162
- الجلوس السليم لمنع التشوهات 163
- تدريب العضلات على أداء المهارات الحياتية 164
- تأهيل الأطفال المصابين بالشلل الدماغي 165
- دور الأسرة في علاج الطفل 170

ثالثا: متطلبات دمج الأطفال ذوي الشلل الدماغي مع العاديين 172

- مواجهة الصعوبات الفكرية والحركية لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي . 172
- التطوير المبكر لجهاز الكلام 173
- تهيئة البيئة المحيطةلعملية الدمج 176
- فن التعامل مع الأطفال المعاقين حركياً المدمجين مع أقرانهم العاديين 178

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الباب الثالث
دمج الأطفال المعاقين ذهنيا مع اقرانهم العاديين

الفصل السادس
مدخل إلى الإعاقة الذهنية

مقدمة 185

- المقصود بالإعاقة الذهنية 186
- مهارات التكيف اللازمة للحياة اليومية 186
- تشخيص الإعاقة الذهنية 187
- مسببات الإعاقة الذهنية 189
- طرق بناء مناهج المعوقين ذهنياً 190
- الطرق التربوية الرائدة والحديثة في تعليم المعاقين عقلياً 210

الفصل السابع
متطلبات دمج المعاقين ذهنيا مع أقرانهم العاديين

مقدمة 215

أولاً:المقصود بدمج الأطفال المعاقين ذهنياً **215**

- أنواع الدمج وكيفية الاستفادة من كل نوع 216
- الممارسات المجتمعية مع الإعاقة الذهنية في إطار عملية الدمج 216
- الأثار الاجتماعية لسياسة الدمج 217
- دور الأخصائي الاجتماعي في عمليه الدمج 217

ثانياً: دمج المعاق ذهنياً بين النظرية والتطبيق **218**

- تهيئة التعلم لعملية الدمج 219
- الدمج وسياسته لدى بعض الدول التي أخذت به 220
- بعض النماذج المطبقة لعملية الدمج مع المعاقين عقلياً 221
- أنماط الدمج للمعاقين ذهنياً 225
- أهمية دمج الأطفال المعاقين عقلياً في المدارس العامة 226
- الاتجاهات المتبادلة للأطفال المعاقين عقلياً والأطفال الأسوياء نحو الدمج معا 227

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- الإجراءات الضرورية لدمج الأطفال المعاقين عقلياً بالمدارس العامة 229

ثالثاً: نموذج لإعداد برنامج للدمج التربوي للأطفال المعاقين ذهنياً مع اقرانهم العاديين.. **229**

مقدمة 229

- خطوات اعداد برامج الدمج 229
- الأسس التي يجب مراعاتها في البرنامج 232
- التخطيط لبرنامج الدمج 232
- مرحلة تنفيذ البرنامج 234

الباب الرابع
دمج الأطفال المعاقين بصرياً مع اقرانهم العاديين

الفصل الثامن
مدخل الى الاعاقة البصرية

مقدمة 245

- نظرة تاريخية لتطور رعاية المعوقين بصرياً 246
- المقصود بالإعاقة البصرية 247
- خصائص وآثار الإعاقة البصرية والمتطلبات التربوية 249
- مظاهر الإعاقة البصرية 254
- أسباب الإعاقة البصرية 255
- المهارات الأساسية لتعليم وتدريب المعاقين بصرياً 256

الفصل التاسع
عملية دمج المعاقين بصريا مع العاديين

اولا : إندماج المكفوفين في المدارس العامة بين الدوافع والعقبات **265**

مقدمة 265

- المقصود بالمكفوفون 266
- المقصود بضعاف البصر 266
- المقصود بالدمج 266
- مبررات الدمج و أهميته 266

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- العوامل التي تساعد على نجاح عملية الدمج 267
- أشكال الدمج 267
- الصعوبات التي تواجه دمج المكفوفين 268
- الاتجاهات نحو دمج المكفوفين مع المبصرين 270

ثانيا: متطلبات دمج المكفوفين مع المبصرين **272**

- إرشاد الأطفال المعاقين بصرياً 272
- إرشاد وتوجيه الأطفال المبصرين 276
- مواجهة مشكلات المعاقين بصرياً المدمجين 280

ثالثاً: نماذج أنشطة يمارسها المعاقين بصريا مع المبصرين **317**

الباب الخامس

دمج الأطفال المعاقين سمعيا مع اقرانهم العاديين

الفصل العاشر

مدخل إلى الإعاقة السمعية

مقدمة 323

أولاً: أهمية السمع **324**

- الجهاز السمعي وآلية السمع 324

ثانياً: المقصود بالإعاقة السمعية **325**

- تصنيف الإعاقة السمعية 325
- مدى انتشار صعوبة السمع 327
- مستويات السمع 327
- أسباب ضعف السمع 327
- أعراض صعوبة السمع 328
- أثر الضعف السمعي 328
- أنواع الإعاقات السمعية 329
- العوامل التي تؤثر في نمو اللغة 330
- نظرة حديثة للعلاج السمعي – الشفهي بالدمج 331
- تطوير مهارات السمع 337

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- تهيئة الطفل ذو الإعاقة السمعية لعملية الدمج 340
- تدريب المدمجين على مهارات التحدث 340

ثالثاً: الخصائص العامة للمعوقين سمعياً **347**

الفصل الحادي العاشر
عملية دمج الأطفال العاديين مع ذوي الإعاقة السمعية

مقدمة 349

أولاً: متطلبات عملية الدمج **349**

- عناصر عملية الدمج........ 349
- شروط دمج الاطفال المعاقن سمعيا 351
- البدائل التربوية للاطفال المعاقين سمعيا 352
- برامج الدمج التربوي 352

ثانياً: عناصر تطور لغة الحوار لدى المعاقين سمعياً 354

ثالثاً: تدريب المسئولين عن عملية الدمج على لغة الإشارة 365

رابعاً: نموذج لبرنامج دمج ضعاف السمع مع العاديين 375

تساؤلات وحالات حول الإعاقة السمعية 378

قائمة بالمصطلحات العربية والأجنبية عن الإعاقات 383

المراجع 407

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

المقدمــة

معاق.. معوق. كلمتان يستخدمها العامة في نعت الإنسان الذي يفضل التربويون والأكاديميون تسميته إنساناً ذا احتياجات خاصة قديماً.. ولظروف اجتماعية واقتصادية وثقافية كان الطفل ذو الاحتياجات الخاصة لا يجد إلا مصيراً واحداً.. العزلة، فلا إمكانات لتأهيله وتدريبه ومحاولة علاجه، ولا ثقافة تؤهل للتعامل الصحيح معه.

ومع مرور الأيام تغيرت الصورة نحو الأحسن وربما كان تغيرها بطيئاً في الوقت الذي يتزايد فيه أصحاب هذه الاحتياجات بشكل كبير، فتتزايد أهمية العمل على رعايتهم أولاً، ثم على بحث كيفية جعلهم جزءاً لا يتجزأ من المجتمع، على مقاعد الدراسة والتعليم صغاراً.. وفي محافل العمل والإنتاج كباراً ورغم أن التكافل والرعاية واجب ديني قبل كل شيء إلا أننا يجب أن نعترف بتقصير المجتمع تجاه دعم ومساعدة الجهات الحكومية والأهلية التي نذرت نفسها لهذه الفئات والتي تعمل الكثير بالقليل من الإمكانات ولعل أهم وأخطر زوايا قضية رعاية هذه الفئة من مجتمع الأطفال هو كيفية دمج هؤلاء الأطفال في المجتمع، الأمر الذي لن يتأتى إلا بدمجهم في التعليم بطريقة أو بأخرى، كما أن المحور الثاني الذي لا يقل أهمية عن الأول هو القصور الشديد الذي تعانيه الجهات والجمعيات المسئولة عنهم نتيجة التزايد الكبير في إعدادهم الذي – للأسف – لا يقابله تزايد في الدعم والتبرعات من المواطنين والأفراد.

مفهوم الدمج التربوي يمثل دمج المعوقين – بصرياً وسمعياً ونطقياً وحركيا وعقلياً – إحدى الطرائق الحديثة التي يتم بها تقديم أفضل الخدمات التربوية التي يحتاج إليها ذوو الحاجات الخاصة، ويقصد بالدمج تقديم مختلف الخدمات التربوية والتعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة في الظروف البيئية العادية التي يحصل فيها أقرانهم من العاديين على الخدمات نفسها، والعمل بقدر الإمكان على عدم عزلهم في أماكن منفصلة.

إن مفهوم الدمج في جوهرة اجتماعي أخلاقي ضد التصنيف والعزل لأي فرد بسبب إعاقته، ورفض الوصمة الاجتماعية للأشخاص ذوي الاحتياجت الخاصة، فالدمج هو التطبيق التربوي لمبدأ التطبيع نحو العادية في أقل البيئات قيوداً عند تقديم الخدمات

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

لذوي الاحتياجات الخاصة، ويمكن تطبيق مبدأ الدمج خلال عدد من الأساليب من أبرزها:

1. استحداث فصول ملحقة في المدرسة العادية لإتاحة الفرصة أمام المعوقين للتعامل مع أقرانهم العاديين.
2. توفير غرفة المصادر بالمدرسة العادية حيث يمكن للطفل ذي الاحتياجات التربوية الخاصة أن يتلقى فيها مساعدة خاصة من قبل اختصاصيين كلما دعت الحاجة إلى ذلك.
3. توفير الخدمات المساندة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالمدرسة العادية، بواسطة معلمين متجولين يقومون بزيارات المدارس وفق جدول منظم وذلك لتقديم خدمات التربية الخاصة.
4. تقديم المساعدة داخل الفصل العادي، وقد يقوم بهذه المهمة المدرس العادي باستشارة معلم استشاري متخصص أو بمساعدة في التربية الخاصة، وتشمل هذه المساعدة الوسائل التعليمية أو الأجهزة التعويضية أو إعداد برامج خاصة.

ولذلك يتكون هذا الكتاب من خمسة فصول، حيث يتناول الفصل الأول مفهوم التربية الخاصة وعلاقتها بسياسة الدمج، ويتناول الفصل الثاني دمج الأطفال المعاقين حركيا و جسمياً مع الأطفال العاديين، ويتناول الفصل الثالث دمج الأطفال المعاقين ذهنياً مع الأطفال العاديين، ويتناول أيضاً الفصل الرابع دمج الأطفال ذوي الإعاقات البصرية مع الأطفال العاديين ثم يتناول الفصل الخامس دمج الأطفال ذوي الإعاقات السمعية مع الأطفال العاديين.

والله ولي التوفيق

المؤلف

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الباب الأول

التربية الخاصة و عملية الدمج

الفصل الأول : التربية الخاصة

الفصل الثاني : عمليـــة دمـــج ذوي الاحتياجـــات الخاصة مع أقرانهم العاديين

الفصل الثالث : التخطيط لعملية الدمج

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الباب الأول

التربية الخاصة وسياسة الدمج

الفصل الأول

التربية الخاصة

مقدمة:

يعتبر ذوو الاحتياجات الخاصة، فئة هامة وشريحة مؤثرة في مجتمعنا ووطننا، ذلك إن هذه الفئة على الرغم مما امتحنهم الله من بلاء، فإنهم صابرون، وجادون ومجتهدون، بل أن بعضهم موهوب بالفطرة، والبعض الآخر، مخترع أو أديب أو مثقف أو شاعر أو فنان يجيد رسم اللوحات التعبيرية. ولما كان الحال كذلك، فإنه ليس هناك بديلا من أن نولي هذه الشريحة الاجتماعية كل الاهتمام والتقدير الذي تستحقه، لا أن يبقى تعاملنا معها، محصورا في إطار التعاطف واللياقة في التعامل، مما يعبر عن الشفقة والحنو، إن مثل هذا التصرف وإن كان واجبا يفرضه حسن اللياقة الاجتماعية، فإن الواجب أيضا أن نقدم لهذه الشريحة كل العون المادي والتعليمي والنفسي، سواء من حيث توفير مرافق خاصة في مواقف السيارات، أمام الدوائر الحكومية والوزارات وأماكن العمل، وكذلك أماكن خاصة للصعود والنزول في العمارات السكنية، وتوفير سلالم خاصة لهم، يستطيعون اللجوء إليها في حال تعطل المصاعد الكهربائية، إن هذه المطالب تمثل أبسط الحقوق التي يجب توفيرها لمن هم في مثل هذه الحالة، فهم ليسوا ناقصي عقل أو غير قادرين على المشاركة في بناء الوطن، لكنهم بحاجة إلى مستلزمات بسيطة تسهل لهم هذه المشاركة وتشعرهم بأنهم مازالوا قادرين على البناء والعطاء كغيرهم من الأسوياء ولابد كذلك من الإشارة إلى وجوب توفير ثقافة أسرية، تستطيع التعامل مع هذه الشريحة واكتشاف مواهبها وقدراتها الدفينة، ومن ثم تسليط الضوء عليها، واستغلالها بالطريقة الصحيحة وعدم النظر إليها على أنها عالة، وعبء إضافي لا يمكن أن يقدم أو يؤخر.

اولا :المقصود بالتربية الخاصة

تعرف التربية الخاصة على أنها جملة من الأساليب التعليمية الفردية المنظمة التي تتضمن وضعاً تعليميا خاصا،و مواد ومعدات خاصة، وطرائق تربوية خاصة، وإجراءات

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

علاجية تهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في تحقيق الحد الأقصى الممكن من الكفاية الذاتية – الشخصية – النجاح الأكاديمي، وفي قاموس التربية الخاصة نجد أن مصطلح التربية الخاصة مصطلحا شاملا يستخدم للتعبير عن البرامج والخدمات المقدمة للأطفال الذين لا يتماثلون مع أقرانهم العاديين في الجانب الجسمي، أو العقلي أو الانفعالي بدرجة تجعلهم بحاجة إلى خبرات وأساليب ومواد تعليمية خاصة تساعدهم على تحقيق أفضل عائد تربوي ممكن سواء في الفصول العادية أو الفصول الخاصة إذ ان مشكلاتهم أكثر حدة، والتربية الخاصة أيضا نوع من التعليم، ويقدم دون مقابل لمواجهة الحاجات الخاصة للطفل المعوق بما في ذلك التعليم داخل غرف الدراسة والتربية البدنية والإرشاد الأسري.

وتعريف آخر هو مجموعة الخدمات والتوجيهات التي توفر لأطفال معينين دون التقيد بزمان أو مكان.

ويقول فاروق الروسان انها مجموعة البرامج التربوية المتخصصة والتي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين بغرض مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن وتحقق ذواتهم ومساعدتهم على التكيف.

تلك العملية التي يتم تقديمها لتلك الفئات من الأطفال والكبار بحيث يكون مجال اهتمامها بالدرجة الأولى منصباً على الأطفال غير العاديين على اختلاف فئاتهم وظروف إعاقتهم.

التربية الخاصة يقصد بها مجموعة البرامج والخطط والاستراتيجيات المصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات الخاصة بالأطفال غير العاديين، وتشتمل على طرائق تدريس وأدوات وتجهيزات ومعدات خاصة، بالإضافة إلى خدمات مساندة.

أهداف التربية الخاصة:

1. التعرف على الأطفال الغير عاديين من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسب.
2. إعداد البرامج التعليمية لكل فئة على حدة.
3. إعداد طرق تدريس لكل فئة، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس من الخطة التربوية الفردية.
4. إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجيا الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة كالوسائل التعليمية الخاصة بالمكفوفين، أو المعاقين عقلياً أو المعاقين سمعياً ...إلخ.
5. إعداد برامج للوقاية من الإعاقة بشكل عام، والعمل ما أمكن على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق عدد من البرامج الوقائية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

مبادئ التربية الخاصة:

1. يجب تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في البيئة التربوية القريبة من البيئة العادية.
2. إن التربية الخاصة تتضمن تقديم برامج تربوية فردية وتتضمن البرامج التربوية الفردية.
   أ. تحديد مستوى الأداء الحالي.
   ب. تحديد الأهداف طويلة المدى.
   ج. تحديد الأهداف قصيرة المدى.
   د. تحديد معايير الأداء الناجح.
   هـ. تحديد المواد والأدوات اللازمة.
   و. تحديد موعد البدء بتنفيذ البرامج وموعد الانتهاء منها.
3. إن توفير الخدمات التربوية الخاصة للأطفال المعوقين يتطلب قيام فريق متعدد التخصصات بذلك حيث يعمل كل اختصاصي على تزويد الطفل بالخدمات ذات العلاقة بتخصصه.
4. إن الإعاقة لا تؤثر على الطفل فقط ولكنها قد تؤثر على جميع أفراد الأسرة، والأسرة هي المعلم الأول والأهم لكل طفل.

إن التربية الخاصة المبكرة أكثر فاعلية من التربية في المراحل العمرية المتأخرة، فمراحل الطفولة المبكرة مراحل حساسة على صعيد النمو ويجب استثمارها إلى أقصى حد ممكن.

مجالات التربية الخاصة:

عند ذكر التربية الخاصة يعتقد البعض أن المقصود بها هم الأفراد المختلفين عقلياً فقط إلا أن الواقع ينبئنا أن المقصود بهذه الفئة هم:

1. المتفوقين ذوي المواهب الخاصة.
2. ذوي الإعاقة البصرية (المكفوفين وضعاف البصر).
3. ذوي الإعاقة السمعية (الصم وضعاف السمع).
4. التخلف العقلي.
5. صعوبات التعلم والمشكلات الدراسية.
6. الإعاقة الكلامية واللغوية.
7. الإعاقة الجسمية والحركية.
8. الإعاقة الصحية الخاصة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

9. الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
10. اضطرابات التوافق الاجتماعي.

برامج التربية الخاصة:

وتشمل:

- دراسة داخلية.
- مدرسة نهارية خاصة.
- فصل خاص طوال الوقت.
- فصل خاص لبعض الوقت.
- فصل عادي مع توفير غرفة مصادر.
- فصل عادي مع توفير تعليم علاجي إضافي.
- فصل عادي مع توفير خدمات استشارية.
- يتم التعامل مع معظم المشكلات في إطار الفصل العادي.

قامت النظم المدرسية بالعديد من التعديلات على برامجها التعليمية العادية حتى تحقق التكيف للأطفال الذين ينحرفون عن المعيار العادي إلى الحد الذي يجعلهم غير قادرين على الاستفادة التامة من البرامج العادية وهذه البرامج يطلق عليها برامج التربية الخاصة حيث تعددت أساليبها وطرقها كي تواجه الحاجات التعليمية المختلفة للأطفال غير العاديين وقام رينولد بتلخيص التدرج الهرمي للخدمات التي يمكن تقديمها للأطفال غير العاديين ففي قاعدة الهرم تظهر حالات الإعاقة البسيطة، وفي قمة الهرم تظهر حالات الإعاقة الحادة أما المشكلات البسيطة فتضم غالبية هذه الحالات إذ تتلقى الفصول الدراسية بصورة طبيعية.

تعتبر مراكز الإقامة الكاملة من أقدم برامج التربية الخاصة فقد ظهرت هذه المراكز منذ بداية الحرب العالمية الأولى وما بعدها وغالبا ما كانت هذه المراكز معزولة عن التجمعات السكانية وتقدم هذه المراكز خدمات إيوائية وصحية واجتماعية تربوية، ويسمح فيها للأهالي بزيارة ابنائهم في المناسبات المختلفة وقد وجهت العديد من الانتقادات لهذا النوع من البرامج فقد وجه كروكشابك عددا من الانتقادات أهمها عزل الأطفال المعوقين عن المجتمع وعن الحياة الطبيعية ووصف الأطفال الملتحقين بهذه المراكز على أنهم منبوذين عن المجتمع إضافة إلى تدني مستوى الخدمات الصحية والتربوية في مثل هذا النوع من المراكز.

مراكز التربية الخاصة النهارية: ظهرت مراكز التربية الخاصة النهارية كرد فعل للانتقادات التي وجهت إلى مراكز الإقامة الكاملة وفي هذا النوع من المراكز يتلقى الأطفال

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

خدمات تربوية اجتماعية على مدار نصف يوم تقريباً وغالباً ما يكون عمل هذه المراكز صباحاً حتى بعد الظهر حتى يمضي الأطفال الفترة الصباحية في هذه المراكز أما فترة ما بعد الظهر فيقضونها في منازلهم ومع ذويهم، وتبدو مزايا هذا النوع من البرامج في أنها توفر فرصاً تربوية لفئة معينة من الأطفال المعوقين وفي الوقت نفسه تحافظ على بقاء الطفل مع أسرته وفي نفس الجو الطبيعي للطفل بعد ذلك، وتشمل خدمات هذه المراكز على إيصال الأطفال من وإلى منازلهم هذا بالإضافة إلى الخدمات الصحية وبالرغم من الاستحسان الذي توجه مثل هذه المراكز إلا أنها تعرضت لبعض الانتقادات التي أهمها عدم توفير المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية وقلة عدد الأخصائيين في ميادين التربية الخاصة المختلفة وصعوبة المواصلات، ونتيجة لهذه الانتقادات فقد ظهرت محاولات لإصلاح برامج التعليم في هذه المراكز وذلك بوجود ما يسمى المدرس الزائر أو المتنقل ومهمة الشخص الزائر أو المتنقل العمل على مساعدة معلمي التربية الخاصة في مراكز التربية الخاصة النهارية أو في المدرسة العادية في حل مشكلات الأطفال المعوقين الأكاديمية والاجتماعية.

الصفوف الملحقة بالمدرسة العادية: ظهر هذا النوع من الصفوف نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى مراكز التربية الخاصة النهارية ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية إلى الإيجابية ويخصص في هذا النوع من البرامج صفوف خاصة للأطفال المعوقين عقلياً جسمياً أو بصريا أو حركيا ملحقة بالمدرسة العادية، وغالبا ما يكون عدد الأطفال المعوقين في الصف لا يتجاوز العشرة أطفال ويتلقى هؤلاء الأطفال برامج تعليمية في الصفوف الخاصة من قبل مدرس التربية الخاصة كما يتلقون برامج تعليمية مشتركة في الصفوف العادية وفي نفس المدرسة ومع زملائهم من الأطفال العاديين ويهدف هذا النوع من البرامج إلى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين الأطفال المعوقين والعاديين وفي نفس الظروف الاجتماعية المدرسية، كما تبدو مميزات هذه البرامج في أنها قريبة في جوها العام الأكاديمي والاجتماعي من المدارس العادية مع ذلك فقد وجهت انتقادات لها تتمثل في مدى صعوبة الانتقال من الصفوف الخاصة إلى الصفوف العادية وتحديد المواد المشتركة بين الأطفال العاديين والمعوقين والمواد غير المشتركة.

فئات التربية الخاصة:

1. الإعاقة العقلية Mental Impairment.
2. الإعاقة البصرية Visual Impairment.
3. الإعاقة السمعية Hearing Impairment.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

4. الإعاقة الانفعالية Emotional Impairment.
5. الإعاقة الحركية Motor Impairment.
6. صعوبات التعلم Learning Disabilities.
7. اضطرابات التواصل Communication Disorders.
8. الموهبة والتفوق Giftedness and Talents.
9. التوحد Autism.
10. الإعاقة الصحية Helth Impairment.
11. الإعاقة الحسية المزدوجة Deaf Blindess.
12. الإعاقات المتعددة Multiple Disabilities.

وفيما يلي ايضاح لبعض الاعاقات المطلوب دمجها مع العاديين :-

- **القابلون للتعلم من المتخلفين عقلياً Educable Mentally Retaded**: هم الفئة الذين يعتبرون قادرين على تعلم المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة والحساب والذين تتراوح درجات ذكائهم بين (55-70).
- **ذوو صعوبات التعلم Learning Disabilities**: مفهوم يشير إلى عجز في واحد أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تدخل في الفهم أو استخدام اللغة المكتوبة أو المنطوقة والتي تظهر في عدم القدرة على الاستماع، التفكير، الكلام، القراءة، الكتابة، الهجاء، إجراء العمليات الحسابية ويشتمل على حالات الإعاقة الأكاديمية، الإصابة المخية، الخلل الوظيفي المخي البسيط، وسليكسيا، والحبسة النمائية، ولا يشمل الذين يعانون من مشكلات تربوية ناتجة عن إعاقة بصرية، سمعية، حركية تخلف عقلي أو اضطرابات انفعالية أو حرمان بيئي، ثقافي، اقتصادي.
- **ضعاف البصر Partially Sighted**: هم الذين تتراوح حدة أبصارهم بين 20/ 7 و20/ 200 قدماً أي ما يقرب من 6/ 20 و6/ 60 متراً فهم الذين يعانون من صعوبة في البصر ألا أنهم قادرين على التعلم سواء باستخدام المعينات البصرية أو باستخدام طريقة برايل.
- **ضعاف السمع Hard of Hearing**: هم الأفراد الذين يعانون من فقدان سمعي بحيث تصل حدة سمعهم بين 35-69 ديسبل مما يجعلهم يواجهون صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع فقط سواء باستخدام السماعات أو بدونها.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- **المضطربون سلوكياً Behaviorially Disordered**: هو ذلك الشخص الذي يظهر سلوكيات واستجابات انفعالية ضارة ومؤذية بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي أو على تحصيل الآخرين بشكل مزمن.
- **الإعاقة الحركية Motor Impairment**: هم تلك الفئة من الأطفال الذين يتكون لديهم عائق يحرمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية والحركية بشكل عادي مما لا يمكنهم التعلم إلا مع توفر خدمات التربية الخاصة.

ثانيا: دور المعلم و رسالته

أهمية رسالة معلم التربية الخاصة:

إن رسالة المعلمين – بمن فيهم معلمو التربية الخاصة – لا تنفصل عن الرسالات السماوية التي تهدف إلى إخراج الناس من الظلمات إلى النور وهدايتهم إلى سبيل الحق والعدل والخير، وترجع أهمية مهنة المعلم إلى أنها تتحكم في مصير الجيل الصاعد وتقرر ما سيكون عليه في مستقبل أي أمه من الأمم، فإن وجهت توجيهاً رشيداً فهناك المجد والشرف الرفيع في الانتظار.

فطبيعة عمل المعلم تغذية عقول الناشئة بالعلم، وصل نفوسهم بالمعرفة، وتهذيب طبائعهم بحسن التوجيه، والقدوة الحسنة، إلى جانب تقوية أجسامهم بالرياضة، وتربية وجدانهم وذوقهم بمزاولة مختلف الفنون والفعاليات المدرسية، وعمل كهذا يحتاج إلى معلم يتمتع بعلم نافع وخلق كريم، وعمل متواصل، وصبر دؤوب، وتحمل للمشقة في سبيل تنشئة الجيل الصاعد، وبقدر ما تتوفر تلك الصفات في المعلم بقدر ما يكون نجاحه في أداء رسالته.

وإذا كانت منظمة اليونيسكو قد اكتشف أخيرا في عام 1994 أهمية دور المعلم ونادت بتكريمه والاحتفاء به تقديراً لجهوده فإن سياسة التعليم قد تضمنت مبادئ عديدة تظهر أهمية دور المعلم وتقدر جهده وذلك كما يلي: *يوضع للمعلمين كادر خاص يرفع من شأنهم ويشجع على الاضطلاع بهذه المهمة التربوية في أداء رسالة التعليم بأمانة وإخلاص ويتضمن استمرارهم في سلك التعليم.

*الاهتمام بزيادة مرتبات المعلمين عن طريق الحوافز المادية والمعنوية لتقديم المزيد من البذل والعطاء والإخلاص في تأدية عملهم، ويلاقي المعلم العديد من الصعوبات في التعامل مع المعوقين وإيصال المعلومة لهم، فالتعامل مع المعوقين ليس بالأمر اليسير وإنما يتطلب مهارات خاصة، وكثير من الجهد، والصبر والمثابرة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

دور معلم التربية الخاصة:

يتحدد دور معلم التربية الخاصة فيما يلي:

1. تقوم معلمة التربية الخاصة بإجراء بعض الاختبارات التشخيصية والتقييمية للوقوف على الصعوبات التي يعاني منها الطفل ، ولا يكتفي بإجراء اختبار واحد لتكوين صورة شاملة عن الطفل بل يجب استخدام اختبارات متنوعة.
2. تضع معلمة التربية الخاصة ومعلمة المادة خطة تربوية فردية تتضمن الأهداف المراد أن يحققها الطفل، كما تتضمن الخطة أساليب العلاج سواء داخل أو خارج الصف والوسائل والأنشطة التي ستستخدم لتحقيق هذه الأهداف.
3. تقوم معلمة التربية الخاصة باستخدام غرفة مصادر التعلم أو أي غرفة أخرى بالمدرسة لتقديم العون الكافي للطفل ويكون التعليم فرديا أو في مجموعات صغيرة وذلك حسب حاجة كل طفل ومدى شدة الصعوبة لديه.
4. تقوم معلمة التربية الخاصة داخل غرفة الصف بمساعدة الطفل ذي الصعوبة التعليمية البسيطة أو الذي حقق بعض التحسن بعد التعليم العلاجي الفردي الذي أعطى له بشكل منفرد.
5. تضع معلمة التربية الخاصة بعض البرامج التربوية للأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلمية، وتحتوي هذه البرامج على نشاطات موجهة نحو تطوير نمو الطفل وقدراته المختلفة من حسية وإدراكية ولغوية وكتابية وتطوير مهارات ومفاهيم الطفل الاجتماعية ويلاحظ مما سبق أن الدور مشترك بين معلمة المادة ومعلمة التربية الخاصة في متابعة الطفل ومعرفة مدى إنجاز هذا الطفل للأهداف، حيث أن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى بيئة تعليمية ودعم دراسي ملائمين ورعاية مناسبة لمساعدتهم في اكتساب المهارات الدراسية والاجتماعية التي يحتاجونها.

وهناك فرق بين التربية العامة وأهدافها وأهداف التربية الخاصة و ذلك كما يلى:-

- تضع التربية العامة منهجاً واحداً لكل فئة عمرية أو صف دراسي في حين تتبنى التربية الخاصة منهجاً لكل فئة عقلية.
- تتبنى التربية العامة طرائق تدريس جمعية في تدريس الأطفال العاديين في المراحل التعليمية المختلفة في حين تتبنى التربية الخاصة طرق التعليم الفردي.
- تتبنى التربية العامة وسائل تعليمية عامة في المواد المختلفة في حين تتبنى التربية الخاصة وسائل تعليمية خاصة بفئات الأفراد غير العاديين وعلى سبيل المثال فقد نستخدم

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الخرائط العادية في التدريس للطفل العادي في حين نستخدم الخرائط المجسمة أو الناطقة مع الطفل الكفيف كما يستخدم جهاز النطق الصناعي Language Device Artificial.

ومهما يكن من فروق بين أهداف التربية الخاصة والعامة، فإن كلا من هما يهتم بالفرد، ولكن بطريقته الخاصة بهدف مساعدة الفرد أياً كان على تنمية قدراته واستعداداته إلى أقصى حد ممكن والعمل على تحقيق أهدافه وذلك من خلال توفير الظروف المناسبة لتحقيقها.

دور معلم التربية الخاصة في عملية الدمج

ولابد من أن يكون معلم التربية الخاصة المعنى بعملية دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة أن يكون قد تم إعداده تربوياً وتعليميا بطريقة جيدة وقادر على تقديم أوجه العون والمساعدة للمعلم العادي ويكمن هذا الدور في النقاط التالية:

1. تقديم العون والمساعدة للمعلم العادي من خلال تحديد مستوى الأداء الحالي للطفل ذوي الاحتياجات الخاصة، وكذلك طبيعة المشكلات الصحية/ السلوكية/ التربوية التي يعاني منها.
2. مساعدة المعلم العادي على طرق التواصل مع الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة.
3. مساعدة المعلم العادي في تفهم خصائص الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك استنادا إلى مراعاة الفروق الفردية ومراحل النمو التي يمر بها الطفل.
4. وضع بعض الأهداف التي يراد تحقيقها سواء كانت طويلة المدى أو قصيرة المدى.
5. توفير التعليم الزائد.
6. إعداد الخطط الدراسية والعلاجية للمعلم العادي.

ولما كان دور معلم التربية الخاصة في المعاهد وبرامج الفصول الخاصة الملحقة بالمدارس التعليمية معروفاً وواضحاً، فإن التركيز هنا سينصب على دور معلم التربية الخاصة في برامج الدمج التربوي بالمدرس العادية المتمثلة في غرف المصادر، والمعلم المتجول، والمعلم المستشار.

معلم غرفة المصادر: يمكن تحديد دور معلم التربية الخاصة في تلك البرامج الموجهة للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة، على النحو التالي:

1. القيام بعمليات التقويم والتشخيص بقصد تحديد الاحتياجات الأساسية لكل طفل.
2. إعداد الخطط التربوية الفردية والعمل على تنفيذها.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

3. تدريس الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، المهارات التي لا يستطيع معلم الفصل العادي تدريسها.
4. مساعدة الأطفال المعوقين على التغلب على المشكلات الناجمة عن العوق.
5. تعريف الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة بالمعينات البصرية والسمعية والتقنية ومساعدتهم على الاستفادة القصوى من تلك المعينات.
6. مساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة على اكتساب المهارات التواصلية، والمهارات الاجتماعية التي تمكنهم من النجاح ليس في المدرسة وحسب إنما في الحياة بوجه عام.
7. تقديم النصح والمشورة لمعلمي الفصول العادية فيما يتعلق بطرق تدريس المناهج الدراسية والاستراتيجيات التعليمية، وأساليب تأدية الاختبارات المختلفة، ووضع الدرجات وكتابة التقارير، وكذلك تزويدهم بالكتيبات والمنشورات والوسائل التعليمية التي تمكنهم من التعرف على المفاهيم الأساسية في التربية الخاصة.
8. تسهيل مهمة الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في عملية المشاركة في الأنشطة الصفية، واللاصفية.
9. تمثيل الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في الاجتماعات المدرسية، والتأكيد على احتياجاتهم الأساسية، والدفاع عن حقوقهم وقضاياهم الضرورية.
10. مساعدة أولياء أمور الأطفال المعوقين على معرفة آثار العوق النفسية والاجتماعية على سلوك أطفالهم، وتزويدهم بالمواد التربوية، والوسائل التعليمية التي من شأنها أن تسهل مهمة متابعة واجبات أبناءهم المدرسية، وأن تسهم في زيادة وعيهم بخصائص، واحتياجات، وحقوق وواجبات ابنائهم، الأمر الذي يجعل منهم أعضاء فاعلين في مجالس أولياء الأمور المدرسية وغيرها.
11. توطيد أواصر التعاون، والنهوض بمستوى التنسيق، وتقوية قنوات الاتصال بين أسر الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة والمسئولين في المدرسة.
12. العمل على إيجاد بيئة أكاديمية واجتماعية يستطيع فيها الأطفال العاديون وغير العاديين – على حد سواء – استغلال أقصى قدراتهم وتحقيق أسمى طموحاتهم.

المعلم المتجول: ينبغي التأكيد على أن المعلم المتجول يقوم بنفس الدور الذي يقوم به معلم غرفة المصادر، فالاثنان يقومان بتقديم الخدمات الأكاديمية والفنية التي من خلالها يستطيع الأطفال ذوو الاحتياجات التربوية الخاصة مجاراة زملائهم في المدارس العادية، لكن

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الفرق بين معلم غرفة المصادر والمعلم المتجول يكمن في الأسلوب الذي تقدم به الخدمات المشار إليها، فمعلم غرفة المصادر يعمل بصفة مستديمة في مدرسة واحدة، ويتم نقل الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة من الأحياء المجاورة إلى تلك المدرسة، أما المعلم المتجول فهو يقوم بجولات على المدارس العادية التي يوجد بها أطفال ذوو احتياجات تربوية خاصة أي الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة يلتحقون بأقرب المدارس إلى منازلهم وتترك عملية التنقل للمعلم.

المعلم المستشار: يوصف الدور الذي يقوم به المعلم المستشار بأنه دور استشاري أكثر منه تعليمي، ونظراً للتشابه الكبير في الدور الذي يقوم به كل من المعلم المتجول والمعلم المستشار، فيمكن إيضاح الفرق بينهما في النقاط الثلاث التالية:

1. العبء التدريسي: حيث يبلغ العبء التدريسي للمعلم المتجول في الفصل الدراسي الواحد حوالي 15 طفلا في المعدل، بينما يصل العبء التدريسي للمعلم المستشار إلى 35 طفلا في المعدل.
2. المسافة التي يقطعها كل منهما أثناء تجواله بين المدارس تختلف المسافة التي يقطعها المعلم المتجول عن التي يقطعها المعلم المستشار.
3. طبيعة العمل الذي يقوم كل منهما: فالمعلم المتجول يقضي وقتاً أطول في التعامل المباشر مع الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة وأولياء أمورهم من ذلك الذي يقضيه المعلم المستشار، وبعبارة أخرى فإن المعلم المتجول يقوم بعملية تدريس الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، بينما يقتصر دور المعلم المستشار – في الغالب – على تقديم النصح والمشورة لمعلمي الفصول العادية.

ويجب أن يشرف على العملية التربوية بمعاهد وبرامج التربوية الخاصة نخبة من المشرفين التربويين المتميزين الذين يتم اختيارهم بعناية وفقاً لضوابط ومعايير علمية محددة، بعض هؤلاء متخصص في التربية الخاصة، والبعض الآخر متخصص في المنهج الدراسي الذي تقوم عليه الخطط الدراسية بمعاهد وبرامج التربية الخاصة.

دور المعلم العادي في فصول ومدارس الدمج:

- تعديل محتوى المنهاج ولو بشكل مبسط أو مبدئي.
- التركيز على تعليم مهارات أساسية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لا يتضمنها البرنامج التدريبي العادي.
- توفير بيئة صفية تختلف عن البيئة الصفية العادية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- تغيير استراتيجيات التدريس مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والتركيز على التدريس الفردي.
- التركيز على نقاط الضعف التي يعاني منها الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتقوية الجوانب الإيجابية ونقاط القوة للطفل.
- عدم التركيز على جوانب القصور التي يعاني منها الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة.
- تطوير اتجاهات إيجابية نحو الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ضرورة التنسيق الفاعل مع إدارة المدرسة لتذليل العقبات التي تعترض تقدم الطفل في مختلف الجوانب الأكاديمية والشخصية والاجتماعية.
- إقامة علاقة إيجابية واتصال دائم مع أولياء أمور الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة في ضوء البرامج التعليمية والتربوية المفتوحة له.
- تقديم التعزيز اللفظي والمادي للطفل ذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء تقدمه الأكاديمي والسلوكي والانفعالي والاجتماعي.
- تعزيز عملية التفاعل الإيجابي بين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وزملائهم العاديين.
- التنسيق الفاعل بين المعلم العادي ومعلمي التربية الخاصة كلما دعت الضرورة لذلك.
- تطبيق المناهج باستخدام أساليب وطرق فعالة.
- تقييم تحصيل الأطفال من المعارف والمهارات والقيم بواسطة الاختبارات الشفهية والتحريرية.
- اختيار أساليب فعالة في التشويق تناسب حالة كل إعاقة.
- إعداد الدرس بشكل يجنب الطفل الوقوع في الأخطاء.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الفصل الثاني

عملية دمج ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين

أولاً: عملية الدمج

المقصود بالدمج:

هذا الموضوع شغل الكثير من المهتمين والمتخصصين في تربية وتأهيل المعاقين في أمريكا ظهر بظهور القانون الأمريكي رقم (14294) لسنة 1975 الذي نص على ضرورة توفير أفضل أساليب الرعاية التربوية والمهنية للمعوقين مع أقرانهم العاديين.

ويرى كوفمان Kauffman أن الدمج أحد الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة وهو يتضمن وضع الأطفال المعوقين عقليا بدرجة بسيطة في المدارس الابتدائية العادية مع اتخاذ الإجراءات التي تضمن استفادتهم من البرامج التربوية المقدمة في هذه المدارس ويرى مادن Madden وسلانين Slanin إن الدمج يعني ضرورة أن يقضي المعوقون أطول وقت ممكن في الفصول العادية مع إمدادهم بالخدمات الخاصة إذا لزم الأمر.

وهناك جماعة من المختصين اختاروا مصطلح التكامل integration للتعبير عن عملية تعليم المعوقين وتدريبهم ورعايتهم مع أقرانهم العاديين ويميز أصحاب هذا الرأي بين أربعة أنواع من التكامل:

1. التكامل المدني الذي يشير إلى وضع المتخلفين عقلياً في فصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية.
2. التكامل الوظيفي ويعني اشتراك المتخلفين عقلياً مع الأطفال العاديين في استخدام المواد المتاحة.
3. التكامل الاجتماعي ويشير إلى اشتراك المتخلفين عقلياً مع الأطفال العاديين في الأنشطة غير الأكاديمية مثل اللعب والرحلات والتربية الفنية.
4. التكامل المجتمعي ويعني إتاحة الفرصة للمتخلفين عقلياً للحياة في المجتمع بد تخرجهم من المدارس أو مراكز التأهيل بحيث نضمن لهم حق العمل والاعتماد على أنفسهم.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- الدمج mainstreaming ويقصد به دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس والفصول العادية مع أقرانهم العاديين مع تقديم خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة وإعدادهم للعمل في المجتمع مع العاديين.
- البيئة الأقل عزلاً least restrictive ويقصد بها الإقلال بقدر الإمكان من عزل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك بدمجهم قدر الإمكان بالأطفال العاديين في الفصول والمدارس العادية.
- مبادرة التربية العادية Regular Education Initive: يقصد بهذا المصطلح أن يقوم مدرسي المدارس العادية بتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة خصوصا ذوي الإعاقات البسيطة والمتوسطة في الفصول والمدارس العادية مع تقديم الاستشارات من المختصين في التربية الخاصة.
- الدمج الشامل (العام) Inclusion: هذا المصطلح يستخدم لوصف الترتيبات التعليمية عندما يكون جميع الأطفال بغض النظر عن نوع أو شدة الاعاقة التي يعانون منها، يدرسون في فصول مناسبة لاعمارهم مع أقرانهم العاديين في مدرسة الحي إلى أقصى حد ممكن مع توفير الدعم لهم في هذه المدارس.

مفهوم الدمج عند بعض الدول:

1. **تجربة الدمج في الولايات المتحدة الأمريكية:** تعتبر الولايات المتحدة الأمريكية من الدول الرائدة في تطبيق فكرة الدمج بأشكالها المختلفة وتعتبر تجربة ولاية كاليفورنيا من التجارب المشهورة في تطبيق فكرة الدمج للأطفال المعوقين حركيا حيث صممت هذه المدارس لتطبيق فكرة دمج الأطفال المعوقين حركيا مع الأطفال العاديين إذ التحق بهذه المدرسة (330) طفلا من الأطفال العاديين و(96) طفلا من الأطفال المعاقين حركياً ويشرف عليهم عشرة مدرسين للأطفال العاديين وثمانية مدرسين للأطفال المعاقين حركياً وقد توفرت في هذه المدرسة الأدوات والوسائل اللازمة لإنجاح فكرة الدمج مثل الأجهزة الخاصة بالمفاصل والحواجز الكهربائية المتوازية وممرات المشي والدراجات والسلم التعليمي وكذلك تعتبر مدرسة ماديسون في ولاية وسكوانسن من المدارس الرائدة في تطبيق فكرة الدمج وخاصة الأطفال المعاقين حركياً وسمعياً.

كما توفرت في الصفوف العادية التي يتم فيها دمج المعاقين سمعياً المدرس المساعد الذي يتقن طرق التواصل مع الصم مثل لغة الإشارة وأبجدية الأصابع بحيث يتم شرح المادة العلمية للأطفال العاديين باللغة العادية المسموعة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

2. **تجربة الدمج في بريطانيا:** بدأ الاهتمام بفكرة الدمج في بريطانيا منذ بداية السبعينيات وقد ظهر الاهتمام على شكل تغير في الاتجاهات نحو المعاقين وأخذ مثل هذه الفئات بعين الاعتبار عند التخطيط للبرامج التعليمية.
3. **تجربة الدمج في السويد:** تعتبر دولة السويد من الدول السباقة في توفير الفرص التربوية المناسبة للأطفال غير العاديين وخاصة في موضوع الدمج الأكاديمي فقد نظمت صفوف بعض المدارس بطريقة تسمح للأطفال غير العاديين في الانتقال بسهولة من الصف الخاص إلى الصف العادي ضمن باب داخلي يفصل الصف الخاص عن الصف العادي وخاصة للأطفال ذوي المشكلات اللغوية والتحصيلية والإعاقة العقلية البسيطة كما طبقت فكرة الدمج لتشمل الطلبة المعاقين حركياً حيث يتم دمجهم في الصفوف والمدارس العادية طوال الوقت.
4. **تجربة الدمج في الدانمرك:** بدأت في تطبيق الدمج من منتصف الستينيات وطورت وزارة التربية الدنماركية خطة لتسهيل عملية الانتقال من المدارس الخاصة إلى المدارس العادية وتبنت فكرة الصف الخاص واعتبرته موازياً للصف العادي وسمي باسم: النموذج التربوي الموازي حيث يتعاون معلم الصف العادي مع معلم الصف الخاص في تحمل مسئولية تعلم الأطفال المعاقين وبموجب هذا النموذج يسمح لأطفال الصفوف الخاصة بالانتقال للصفوف العادية في بعض المواد الدراسية وعلى ذلك ظهرت فكرة إلحاق المدرسة الخاصة بالمدرسة العادية وبإدارة مشتركة تتحمل مسئوليات تربية الأطفال العاديين وغير العاديين.
5. **تجربة الدمج في النرويج:** إذ عملت على تطبيق فكرة الدمج في مدارسها حيث عملت على توفير مدرسي التربية الخاصة في المدارس العادية كما عملت على توفير الفرص التربوية المناسبة للمدرسين العاديين للتعرف على المعلومات الأساسية في ميدان التربية الخاصة وعلم النفس.
6. **تجربة الدمج في بولندا:** عملت بولندا على دمج الأطفال العاديين والمعاقين معاً في البيئات التربوية المناسبة وذلك من خلال التعاون المستمر بين كل من مدرسي التربية العاديين ومدرسي التربية الخاصة وفق نموذج يسمى نموذج الخدمات المشتركة بين كل من الأطفال العاديين والمعاقين.
7. **تجربة الدمج في ألمانيا:** تم تطبيق فكرة الدمج في ألمانيا حيث إن الفئات التي يمكن دمجها فئة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في الصفوف الابتدائية الأولى وكذلك فئة الأطفال ذوي الإعاقات السمعية البسيطة والمتوسطة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

8. **تجربة الدمج في إيطاليا:** عملت إيطاليا على تطبيق فكرة دمج الأطفال غير العاديين مع الأطفال العاديين في المدارس العادية شريطة استفادة هؤلاء من البرامج التربوية في تلك المدارس واستثنت دمج الفئات التي يصعب أن تستفيد من برامج الدمج وهي فئات الاعاقة العقلية والحركية الشديدة.

9. **تجربة الدمج في الصين:** طبقت الصين الدمج الأكاديمي حيث يلتحق الأطفال المعاقين عقلياً في صفوف المرحلة الابتدائية وخاصة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة كما يتم دمج الأطفال المعاقين حركياً وعقلياً في المدرسة حيث تتوفر لهم التسهيلات المناسبة.

10. **تجربة الدمج في الفلبين:** طبقت الفلبين فكرة الدمج للأطفال ذوي الإعاقة البصرية وفق نموذجين: الأول: هو نموذج الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية، والثاني: نموذج دمج الأطفال المعاقين بصرياً في الصفوف العادية طوال الوقت.

11. **تجربة الدمج في كوستاريكا:** اتخذت دول كوستاريكا عدداً من الخطوات والإجراءات بهدف دمج الأطفال المعاقين في المدرسة العادية وخاصة في المداس التي يتوفر فيها الأخصائيين والمعلمين المؤهلين للعمل في المدارس العادية وخاصة معلمي وأخصائي اللغة والنطق حيث تعمل الجامعة الوطنية على إعداد الكوادر المؤهلة والمدربة في ميدان التربية الخاصة في المدارس العادية وخاصة من حيث إعداد الخطط التعليمية والوسائل التعليمية اللازمة.

12. **تجربة الدمج في السعودية على طريقتين:** طريقة الدمج الجزئي المتمثلة في الفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية وطريقة الدمج الكلي التي تتم عن طريق استخدام الأساليب الحديثة مثل: برامج غرف المصادر، وبرامج المعلم المتجول، وبرامج المعلم المستشار، وبرامج المتابعة في التربية الخاصة.

استراتيجية وطنية من أهداف سياسة التعليم في السعودية اعتبار تعليم المتفوقين والمعوقين جزءاً لا يتجزأ من النظام التعليمي ويأتي وضع هذه الأهداف كاستجابة للتطور السريع والتوسع الكبير اللذين يشهداهما مجال تربية وتعليم الفئات الخاصة في السعودية والعالم، وإدراكاً من الوزارة لحجم المشكلة التي تتمثل في أن أكثر من 20٪ من أطفال المدارس العادية في أي بلد من بلدان العالم هم في حاجة إلى خدمات التربية الخاصة، وإيماناً منها بأن المردود الذي سينجم عن تقديم تلك الخدمات للفئات المستفيدة لن يقتصر على تلك الفئات فحسب بل سيحدث نقلة نوعية في العملية التربوية ويترك أثراً إيجابياً على مخرجات التعليم.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

13. **تجربة الدمج في مصر:** اهتمت مراكز وجمعيات ومعاهد تأهيل الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة كالإعاقة العقلية والسمعية والبصرية بهذه التجربة وقامت بتنفيذها في بعض المدارس كدمج جزئي، وفي مدارس أخرى كدمج كلي، وقامت بتدريب المعلمين على برامج الدمج حيث يستطيعون تقديم خدمات خاصة لكل من الأطفال العاديين والأطفال ذوي الإعاقات المختلفة، بحيث يكون مردود هذه التجربة ذي فائدة كبيرة جداً لكل من الطفل العادي والطفل المعاق.

أنماط الدمج:

تختلف أساليب دمج المعوقين من بلد إلى آخر حسب إمكانات كل منها حسب نوع الإعاقة ودرجتها، بحيث يمتد من مجرد وضع المعوقين في فصل خاص ملحق بالمدرسة العادية إلى إدماجهم كاملاً في الفصل الدراسي العادي مع إمدادهم بما يلزمهم من خدمات خاصة.

1. **الفصول الخاصة:** وهي فصول بالمدرسة العادية يلحق بها ذوي الحاجات الخاصة في بادئ الأمر مع إقامة الفرصة أمامه للتعامل مع أقرانه العاديين أطول فترة ممكنة من اليوم الدراسي.
2. **غرفة المصادر:** وفيها يتلقى ذوي الاحتياجات الخاصة مساعدة خاصة بصورة فورية بعض الوقت حسب جدول ثابت بجانب وجوده في الفصل العادي، وعادة ما يعمل في هذه الحجرة معلم أو أكثر من معلمي التربية الخاصة الذين أعدوا خصيصاً للعمل مع المعوقين.
3. **الخدمات الخاصة:** ويقدمها معلم متخصص يزور المدرسة العادية من 2-3 مرات أسبوعياً لتقديم مساعدة فردية منتظمة في مجالات معينة لبض ذوي الاحتياجات الخاصة مثل القراءة أو الكتابة أو الحساب.
4. **المساعدة داخل الفصل:** حيث يلحق الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة بالفصل العادي مع تقديم الخدمات اللازمة له داخل الفصل حتى يمكن للطفل أن ينجح في هذا الموقف، وقد تتضمن هذه الخدمات استخدام الوسائل التعليمية أو الأجهزة التعويضية.
5. **المعلم الاستشاري:** حيث يلحق الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة بالفصل العادي ويقوم المدرس العادي بتعليمه مع أقرانه العاديين، ويتم تزويد المعلم بمساعدات عن طريق المعلم الاستشاري أو المعلم المتجول، وهنا يتحمل معلم الفصل العادي مسئولية إعداد البرامج وتطبيقها.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

أنواع وأشكال الدمج:

الدمج الأكاديمي: يعرف الدمج الأكاديمي بأنه يمثل ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل الغير عادي في الصف العادي مع الأطفال العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد بشرط أن يستفيد الطفل غير العادي من ذلك وبحيث تهيء الظروف المناسبة لنجاح فكرة دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين، وتبدو مبررات هذا الاتجاه الجديد في توفير الفرص التربوية الاجتماعية المناسبة للطفل غير العادي وفي الصفوف العادية، أو كما يشير كوفمان إلى وضع الطفل المعوق في أقل البيئات التربوية تقييداً ويقصد بذلك وضعه في المدرسة العادية ويتضمن هذا الاتجاه الجديد في تعليم المعوقين ثلاثة مراحل رئيسية وهي:

- مرحلة التجانس بين الأطفال العاديين والمعوقين.
- مرحلة تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الأطفال العاديين والمعوقين.
- مرحلة المسئوليات الملقاه على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة مدرسية ومعلمين ومشرفين ..إلخ.

وقد وجهت بعض الانتقادات إلى مفهوم الدمج وطريقة تطبيقه مع ذلك فإنه يبقى مرحلة مهمة من مراحل تطوير برامج التربية الخاصة.

الدمج الاجتماعي: تعتبر مرحلة الدمج الاجتماعي مرحلة نهائية من مراحل تطوير برامج التربية الخاصة للمعوقين، إذ أنها تعكس الاتجاهات الاجتماعية الإيجابية نحو المعوقين، ويقصد بذلك العمل على دمج المعوقين في الحياة الاجتماعية العادية، وتبدو عملية الدمج هذه في مظهرين رئيسيين:

الأول: هو الدمج في مجال العمل، وتوفير الفرص المهنية المناسبة للمعاقين للعمل كأفراد منتجين في المجتمع وتقبل ذلك اجتماعيا.

الثاني: فيبدو في الدمج السكني بحيث تتاح الفرصة للمعاقين للسكن والإقامة في الأحياء السكنية العادية، كأسرة مستقلة وما يشمله ذلك من كل الإجراءات الضرورية واللازمة لتقبل هذه الأسر والتعامل معها على أساس من حكم الجيرة ومستلزماتها.

الدمج الكلي (التربوي): ويقصد به دمج الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانه العاديين داخل الفصول الدراسية المخصصة للأطفال العاديين، ويدرس نفس المناهج الدراسية التي يدرسها نظيره العادي مع تقديم خدمات التربية الخاصة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الدمج الجزئي (جزء من الوقت): ويقصد به دمج الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة في مادة دراسية أو أكثر مع أقرانه العاديين داخل الفصول الدراسية العادية.

الدمج الأكاديمي أو المدرسي: هو البيئة التربوية أو البرامج التربوية الخاصة التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الأطفال العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد بشرط أن يستفيد الطفل من ذلك شريطة تهيئة الظروف المناسبة لإنجاح هذا الاتجاه.

ويتضمن هذا ثلاث مراحل وهي:

- التجانس بين الأطفال العاديين والمعاقين.
- تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسه لكل من الأطفال العاديين والمعوقين.
- تحديد المسئوليات الملقاه على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة المدرسة ومعلمين ومشرفين وجميع الكوادر العاملة.

ويعتبر الدمج من أهم مراحل عملية تطوير برامج التربية الخاصة.

أهمية الدمج المدرسي: تتمثل أهمية الدمج المدرسي للأطفال المعاقين في النقاط التالية:

- مساعدة الأطفال على تنمية مداركهم مع العالم المحيط بهم.
- مساعدة الأطفال على تكوين صداقات ومنحهم الإحساس بالانتماء إلى جماعة.
- تعليم الأطفال الأنشطة التي تساعدهم على القيام بدورهم في الأسرة والمجتمع ليكونوا أعضاء فاعلين.
- تنمية ما لدى الأطفال من قدرات وإمكانيات ومواهب، ومساعدتهم على تعويض العجز.
- تعليم الأطفال الالتزام بقواعد النظام وتحمل المسئولية.
- تعليم الأطفال كيفية التعامل والانسجام مع الآخرين.
- إعداد الأطفال لأن يكونوا قادرين على كسب رزقهم، وعلى أن يصبحوا أشخاصاً مستقلين.
- إلغاء فكرة العزل والإقصاء المتبعة تقليدياً ضد فئات المعاقين، وتغيير نظرة المجتمع السلبية تجاه الإعاقة.
- مساعدة الأطفال العاديين على إدراك ما يستطيع الطفل المعاق القيام به مع إعاقته، وحثهم على الاختلاط به وكيفية التعايش معه.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

آلية الدمج المدرسي: هناك بعض الخطوات التي تساعد على إنجاح عملية الدمج المدرسي للطفل المعاق، والتي تهدف إلى إعداد الأسرة والطفل والمدرسة وتهيئتهم لعملية الدمج المدرسين ومن هذه الخطوات:

- تهيئة المدرسة للدمج من خلال زيارة مسئولي ومشرفي التربية الخاصة والتحاور مع مديري برامج التربية الخاصة وشرح أهمية عملية الدمج.
- إعلام أهل الطفل بمواعيد التسجيل في المدرسة وتحضيرهم لزيارة المدرسة.
- إرشاد الأهل إلى ضرورة اصطحاب الطفل المعاق إلى المدرسة في الأيام الأولى إلى أن يتعود الذهاب إلى المدرسة وحده أو برفقة أبناء الجيران أو الاتفاق مع وسيلة لنقله.
- يشرح فريق العمل للمعلمين حالة الطفل المعاق وما يستطيع فعله، وكيف يتواصل مع الآخرين، والصعوبات التي يواجهها، والأدوية التي يأخذها في أثناء وجوده في المدرسة ومواعيدها، وكيف يذهب إلى دورة المياه مثلاً، وكيف يتناول طعامه، وأيه ملاحظات أخرى.
- قيام المعلم أو المرشد الطلابي بمساعدة من فريق العمل، بتهيئة أطفال المدرسة لاستقبال الطفل المعاق وتخصيص أوقات معينة يقوم فيها الأطفال بمساعدة المعاق.
- قيام المعلم بإطلاع أسرة الطفل المعاق على واجباته المدرسية، وضرورة تعليمه في المنزل من قبل أفراد الأسرة أو الجيران أو متطوعين من المجتمع المحلي.
- يتأكد فريق العمل من الطريقة التي يعامل بها المعلمين والاطفال الطفل المعاق، ومن مشاركته في جميع الأنشطة المدرسية بما يتناسب مع قدراته.
- قد يحتاج المعلم إلى مساعدة في أثناء الدرس، ومن الممكن طلب ولي أمر الطفل في أثناء اليوم المدرسي، وينبغي تشجيع الأهل على متابعة طفلهم في المدرسة بانتظام.
- التعاون مع المرشد الطلابي والأخصائي النفسي في المدرسة، إن وجد، لتسهيل تقبل الأطفال للطفل المعاق من خلال إجراء أنشطة ونقاشات ملائمة.
- طرح موضوع الدمج المدرسي للأطفال المعاقين في اجتماعات مجلس الآباء والأمهات، والشرح لأولياء الأمور، أهمية انتظام الطفل المعاق في المدرسة وكسف تعاونهم لتيسير تقبل أبنائهم للطفل المعاق.

أهداف الدمج:

1. إتاحة الفرصة لجميع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للتعليم المتكافئ والمتساوي مع أقرانهم من الأطفال العاديين في المجتمع.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

آلية الدمج المدرسي: هناك بعض الخطوات التي تساعد على إنجاح عملية الدمج المدرسي للطفل المعاق، والتي تهدف إلى إعداد الأسرة والطفل والمدرسة وتهيئتهم لعملية الدمج المدرسين ومن هذه الخطوات:

- تهيئة المدرسة للدمج من خلال زيارة مسئولي ومشرفي التربية الخاصة والتحاور مع مديري برامج التربية الخاصة وشرح أهمية عملية الدمج.
- إعلام أهل الطفل بمواعيد التسجيل في المدرسة وتحضيرهم لزيارة المدرسة.
- إرشاد الأهل إلى ضرورة اصطحاب الطفل المعاق إلى المدرسة في الأيام الأولى إلى أن يتعود الذهاب إلى المدرسة وحده أو برفقة أبناء الجيران أو الاتفاق مع وسيلة لنقله.
- يشرح فريق العمل للمعلمين حالة الطفل المعاق وما يستطيع فعله، وكيف يتواصل مع الآخرين، والصعوبات التي يواجهها، والأدوية التي يأخذها في أثناء وجوده في المدرسة ومواعيدها، وكيف يذهب إلى دورة المياه مثلاً، وكيف يتناول طعامه، وأيه ملاحظات أخرى.
- قيام المعلم أو المرشد الطلابي بمساعدة من فريق العمل، بتهيئة أطفال المدرسة لاستقبال الطفل المعاق وتخصيص أوقات معينة يقوم فيها الأطفال بمساعدة المعاق.
- قيام المعلم بإطلاع أسرة الطفل المعاق على واجباته المدرسية، وضرورة تعليمه في المنزل من قبل أفراد الأسرة أو الجيران أو متطوعين من المجتمع المحلي.
- يتأكد فريق العمل من الطريقة التي يعامل بها المعلمين والاطفال الطفل المعاق، ومن مشاركته في جميع الأنشطة المدرسية بما يتناسب مع قدراته.
- قد يحتاج المعلم إلى مساعدة في أثناء الدرس، ومن الممكن طلب ولي أمر الطفل في أثناء اليوم المدرسي، وينبغي تشجيع الأهل على متابعة طفلهم في المدرسة بانتظام.
- التعاون مع المرشد الطلابي والأخصائي النفسي في المدرسة، إن وجد، لتسهيل تقبل الأطفال للطفل المعاق من خلال إجراء أنشطة ونقاشات ملائمة.
- طرح موضوع الدمج المدرسي للأطفال المعاقين في اجتماعات مجلس الآباء والأمهات، والشرح لأولياء الأمور، أهمية انتظام الطفل المعاق في المدرسة وكسف تعاونهم لتيسير تقبل أبنائهم للطفل المعاق.

أهداف الدمج:

1. إتاحة الفرصة لجميع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للتعليم المتكافئ والمتساوي مع أقرانهم من الأطفال العاديين في المجتمع.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

2. إتاحة الفرص لذوي الاحتياجات الخاصة للانخراط في الحياة العادية، والتفاعل مع الآخرين.
3. إتاحة الفرصة لأطفال المدارس العادية للتعرف على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عن قرب وتقدير مشكلاتهم ومساعدتهم على مواجهة متطلبات الحياة.
4. يخلصهم الدمج أيضاً من الأفكار الخاطئة حول خصائص أقرانهم وإمكاناتهم وقدراتهم من ذوي الاحتياجات الخاصة.
5. من أهداف الدمج بعيدة المدى تخليص ذوي الاحتياجات الخاصة من جميع أنواع المعيقات سواء المادية أو المعنوية التي تحد من مشاركتهم الفاعلة في جميع مناحي الحياة.
6. التقليل من التكلفة المادية في إقامة مؤسسات التربية الخاصة ومراكز الإقامة الداخلية.
7. يعتبر الدمج متسقاً ومتوافقاً مع القيم الأخلاقية للمجتمع والثقافة.

الاتجاهات نحو الدمج:

هناك ثلاث اتجاهات رئيسية نحو سياسة الدمج يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

1. الاتجاه الأول: يعارض اصحاب هذا الاتجاه بشدة فكرة الدمج ويعتبرون تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس خاصة بهم أكثر فعالية وأمناً وراحة لهم وهويحقق أكبر فائدة.
2. الاتجاه الثاني: يؤيد أصحاب هذا الاتجاه فكرة الدمج لما لذلك من أثر في تعديل اتجاهات المجتمع والتخلص من عزل الأطفال والذي يسبب بالتالي إلحاق وصمة العجز والقصور والإعاقة وغيرها من الصفات السلبية التي قد يكون لها أثر على الطفل ذاته وطموحه ودافعيته أو على الأسرة أو المدرسة أو المجتمع بشكل عام.
3. الاتجاه الثالث: يرى أصحاب هذا الاتجاه بأنه من المناسب المحايدة والاعتدال وبضرورة عدم تفضيل برنامج على آخر بل يرون أن هناك فئات ليس من السهل دمجها بل يفضل تقديم الخدمات الخاصة بهم من خلال مؤسسات خاصة وهذا الاتجاه يؤيد دمج الأطفال ذوي الإعاقات البسيطة أو المتوسطة في المدارس العادية ويعارض فكرة دمج الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة جداً (الاعتمادية) ومتعددي الإعاقات.

ثانيا: مميزات الدمج و سلبياته و آثاره

مميزات الدمج:

1. يركز الدمج على خدمة ذوي الاحتياجات الخاصة في بيئاتهم والتخفيف من الصعوبات التي يواجهونها سواء في التكيف والتفاعل والتنقل والحركة، وينطبق ذلك على أطفال المناطق البعيدة والمحرومة من الخدمات، كالمناطق الريفية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

2. يساعد الدمج في استيعاب أكبر عدد ممكن من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
3. يسعد الدمج في تخليص أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من الشعور بالذنب والإحباط.
4. تعديل اتجاهات أفراد المجتمع وبالذات العاملين في المدارس العامة من مدراء ومدرسين وأطفال وأولياء أمور وذلك من خلال اكتشاف قدرات وإمكانات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التي لم تتاح لهم الظروف المناسبة للظهور.
5. الصداقة غالباً ما تنشء وتنمو بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الفصل الدراسي العادي والتي لا يتوفر لها المناخ المماثل في المدارس الخاصة المنعزلة.
6. دعم النشاط المدرسي.
7. يدخل مهارات وأساليب مدرسي التربية الخاصة إلى المدرسة العادية ومناهجها للاستفادة منها.
8. تقديم الخدمات الخاصة والمساندة للأطفال من غير ذوي الاحتياجات الخاصة.
9. يساهم الدمج في إعداد الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ويؤهلهم للعمل والتعامل مع الآخرين في بيئة أقرب إلى المجتمع الكبير وأكثر تمثيلاً له.

ولا شك أن سياسة دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية سيكون لها أثر كبير في تغيير اتجاهات الأسوياء نحو المعاقين، بل أيضاً تغيير اتجاهات المعاقين نحو الأسوياء، وأن هذه السياسة سوف تحيي الأمل لدى كثير من الأسر وخاصة الفقيرة نحو إعداد هؤلاء الأشخاص للمشاركة في الحياة بأوسع معانيها، وبالتالي إحياء القدرة على مواجهة التحدي.

ونضيف مميزات أخرى لسياسة الدمج تتضح فيما يلي:

1. وجود الأطفال المعاقين مع الأطفال الأسوياء في مبنى واحد أو في فصل دراسي واحد يؤدي إلى زيادة التفاعل والاتصال ونمو العلاقات المتبادلة بين الأشخاص المعاقين والأسوياء، كما أن سياسة الدمج تتيح فرصة طيبة للأطفال الأسوياء كي يساعدوا أقرانهم المعاقين.
2. التعليم القائم على دمج الأطفال المعاقين في المدرسة العادية يزيد من عطاء العاملين المتخصصين داخل المؤسسة التعليمية، فتطبيق سياسة الدمج وبخاصة تعليم التفاعل وأساليب الحوار بين المجموعات النظامية المتعددة، سيتيح للأطفال المعاقين الحصول

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

على أقصى منفعة من المساعدة المتاحة لهم، من حيث التدريب على حل مشاكلهم وتوجيه ذاتهم.

3. إن تعليم الأطفال المصابين بأعاقات خطيرة في قاعات دراسة مشتركة يمكنهم من ملاحظة كيف يقوم زملاءهم الأسوياء بأداء واجباتهم المدرسية، وحل مشكلاتهم الاجتماعية والعملية.
4. الأطفال في حاجة إلى نموذج من أقرانهم يقتدوا به ويتعلموا منه، والطفل المعاق هو أحوج ما يكون لهذا النموذج ولعله يجده في الطفل السوي فيقوم بتقليد سلوكه، ويتعلم منه المهارات المختلفة.
5. أثبتت الدراسات أن لسياسة الدمج أثرا إيجابيا في تحسن مفهوم الذات وزيادة التوافق الاجتماعي للأطفال المتخلفين عقلياً عند دمجهم مع الأطفال الأسوياء، حيث تبين من هذه الدراسات أن اختلاط الأطفال المتخلفين عقلياً بالأطفال الأسوياء كان له أثره الإيجابي في تحسن مفهوم المتخلفين عقلياً من ذاتهم، كما أتضح أن دمج الأطفال المعاقين عقلياً مع الأطفال الأسوياء في أنشطة اللعب الحر أدى إلى إندماج الأطفال معاً في لعب جماعي تعاوني (تلقائي)، وإلى تزايد مضطرد في التفاعل الاجتماعي الإيجابي بينهما.

سلبيات الدمج:

إن الدمج سلاح ذو حدين فكما أن له إيجابيات كثير، له بعض السلبيات أيضاً وهو قضية جدلية لها ما يساندها وما يعارضها ومن هذه السلبيات:

- عدم توفر معلمين مؤهلين ومدربين جيداً في مجال التربية الخاصة في المدارس العادية، يؤدي إلى فشل برامج الدمج مهما تحققت له من إمكانيات.
- قد يعمل الدمج على زيادة الفجوة بين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وباقي أطفال المدرسة خاصة أن المدارس العادية تعتمد على النجاح الأكاديمي والدرجات كمعيار أساسي وقد يكون وحيداً في الحكم على الطفل.
- دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية ، يحرمهم من تفريد التعليم الذي كان متوافراً في مراكز التربية الخاصة.
- يؤدي الدمج إلى زيادة عزلة الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة عن المجتمع المدرسي وخاصة عند تطبيق فكرة الدمج في الصفوف الخاصة أو غرف المصادر أو الدمج المكاني فقط، الأمر الذي يستدعي إيجاد برامج لا منهجية مشتركة بين الأطفال وباقي أطفال المدرسة العاديين للتخفيف من العزلة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- يساهم الدمج في تدعيم فكرة الفشل عند الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وبالتالي التأثير على مستوى دافعيتهم نحو التعلم وتدعيم المفهوم السلبي عن الذات خاصة إذا كانت المتطلبات المدرسية تفوق المعوق وإمكانياته حيث أن المدارس العادية تطبق المعيار الصفي في التقييم في حين أن الطفل المعاق يحتاج إلى تطبيق المعيار الذاتي في التقييم والذي يقوم على أساس مقارنة أداء الطفل المعاق مع ما هو متوقع منه وليس مقارنة مع أداء المجموعة الصفية.

ولا شك أن هناك اتجاهات سلبية من المجتمع سواء الصغير على نطاق الأسرة أو الكبير على نطاق المدرسة والمجتمع المحيط لهذا يجب العمل على تفسير هذا الاتجاه قدر المستطاع بالوسائل العلمية والتربوية ولا يتم ذلك بتظافر الجهود سواء من قبل من يعمل مع هذه الفئة على وجه الخصوص والمجتمع على وجه العموم ومن الآثار السلبية والاتجاهات الموجودة تجاههم هي:

أ. السخرية والتهكم: على كل أفراد المجتمع التخلي عن السخرية والتهكم وإطلاق المسميات التي تؤثر على مشاعره وتدفعه للعدوانية والاكتئاب والانسحاب من المجتمع المحيط به.

ب. الفضول: كثير من الأشخاص العاديين يصدر أسئلة للشخص المعاق لمعرفة إعاقته وأسبابهاوتحديق النظر فيه لفترة طويلة، وهذا يضايق المعاق ويحرجه (وخاصة فضول الأطفال).

ج. المساعدة والعون: أن تقدم المساعدة والعون دون أن تكون ممزوجة بالعطف والشفقة الزائدة لأنها تفرض عليه النظرة الدونية وتجرح مشاعره وأحاسيسه.

د. رفض الأسر إلحاق ابنهم في برامج ومعاهد التربية الخاصة: رفض بعض الأسر إلحاق ابنهم بالمعاهد الخاصة والبرامج وذلك إحساس منهم بأن هذا عار وعيب على الأسرة ومكانتها الاجتماعية والاقتصادية، بل أن الأماكن التعليمية تزود الطفل بالتحصيل العلمي والتصرفات الاجتماعية المقبولة.

ه. رفض إشراك المعوقين في الأنشطة الاجتماعية: يجب على كل من يتعامل مع المعاق أن يحترم ذاته ويقدر مشاعره في إشراكه في الأنشطة الاجتماعية.

وهناك بعض الجوانب السلبية الأخرى التي تعيق الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتقف عائق في طريقهم لتحقيق الأهداف التربوية والنفسية والاجتماعية لهم.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

في مجال الإرشاد النفسي:

الاتجاهات الوالدية وأثرها في صحة الطفل النفسية:

1. اتجاه الحماية الزائدة: حرص الوالدين على حماية الطفل المعوق والتدخل في كل شئونه مما يؤدي ذلك إلى عدم الاستقرار وانعدام التركيز وانخفاض الطموح وفقدان الثقة.
2. اتجاه الإهمال: ترك الطفل دون تشجيع أو توجيه والنظر إلى الإعاقة على انها نوع من العار يؤدي ذلك إلى اتجاهات سلبية تظهر في إهمال الطفل وعدم الاهتمام برعايته.
3. اتجاه الرفض الصريح: يظهر في عدم تقبل الطفل صاحب الإعاقة ،وإظهار مشاعر الضيق والعدوان حيث يؤدي ذلك إلى قيامه بسلوك غير مرغوب فيه.
4. اتجاه التقبل: يتمثل في قبول الطفل صاحب الإعاقة والقيام بكل متطلبات الحالة وهذا الاتجاه يساعد على التكيف والنمو السليم ويعتبر اتجاه الحماية الزائدة والإهمال والرفض الصريح اتجاهات سلبية

مشكلات عملية الدمج:

هناك الكثير من المشكلات التي غالباً ما تصاحب عملية الدمج من المهم إدراك هذه المشكلات، وتفهم الأسباب التي تقف من ورائها، وذلك للعمل على تجاوز كل مشكلة، وحلها بالطريقة التي تناسبها وبما يتماشى مع مصالح الطفل، ومن أكثر المشكلات انتشاراً:

- عدم قدرة بعض الأطفال المعاقين على الوصول إلى المدرسة بأنفسهم بسبب الإعاقة أو لبعد موقع المدرسة.
- رفض بعض البرامج قبول الأطفال المعاقين أو بعض أنواع الإعاقات خشية عدم القدرة على التعامل معهم، وتحمل مسئوليتهم، أو بحجة بعض الأمراض المصاحبة للإعاقة.
- عدم كفاية النصيحة أو المشورة المقدمة للأهل فيما يتعلق بعملية الدمج وما يرتبط بها فالكثير من الأهالي لا يتلقون التوجيه اللازم لإيجاد مكان مناسب لأبنائهم.
- عدم استعداد النظام التعليمي العادي من حيث تصميم وتخطيط المدرسة والأدوات والوسائل الضرورية للمعاقين، وعدم وجود التسهيلات البنيوية اللازمة لهم داخل المدرسة.
- عدم توفر معرفة كافية لدى المعلمين حول كيفية التعامل والتكيف مع الأطفال المعاقين.
- إساءة معاملةبعض الأطفال العاديين لاقرانهم المعاقين في المدرسة، مثل ضربهم أو الاستهزاء بهم.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- أحياناً تقلق السلوكيات التي يصدرها بعض الأطفال المعاقين، الأسرة والمجتمع ،ومن هذه السلوكيات: الثرثرة، وإبداء تعبيرات غريبة على الوجه، وما إلى ذلك.

وهناك بعض المشكلات النفسية التى يعانى منها هؤلاء الاطفال كما يلى :-

1. فكرة المتخلف عن نفسه.
2. الانسحاب والعزلة.
3. العدوان

تحفظات على سياسة الدمج الكامل:

أبدى الخبراء بعض التحفظات على سياسة الدمج الكامل للأطفال شديدي ومتعددي الإعاقة، ومن هذه التحفظات أن عملية الدمج ليست على نمط واحد من حيث التنفيذ، فالدمج يجب أن يكون ملائما للظروف التعليمية والاجتماعية وللثقافة العامة للمجتمع، ولذا فإن كثير من الدول في حاجة إلى معلومات في نواحي مختلفة عند تطبيق سياسة الدمج في أنظمتها التعليمية، ويجب أن تعمل كل دولة على تكييف هذه المعلومات وفقاً لظروفها وإمكانياتها ومنها أيضاً أن إجراء الدمج يسمح بظهور الفروق الفردية باختلاف أنواعها وهي لا تتركز على الطفل المعاق، ومن ثم يجب أن تؤخذ في الاعتبار حاجات كل طفل، فالدمج لا يعتبر كشيء يجب تطبيقه كأنه لافته أو مذهب يلتزم به حرفياً ولكنه يجب إنجازه بطرق مختلفة وفي أماكن مختلفةوفقاً للظروف المحيطة كما وجد أن الأطفال شديدي الإعاقة قبل أن يتم دمجهم في المدارس العادية هم في حاجة لأن يتفاعلوا من نفس المنهاج التعليمي كأقرانهم الأسوياء. وأيضاً يعتقد المعلمون في بلدان عديدة أن من الممكن دمج الأطفال بدنياً في الصفوف العادية على نحو فعال، بينما يرون أن ثمة مشكلات سوف تنشأ من جراء دمج الأطفال الذين لديهم صعوبات شديدة في التعلم، وأولئك المصابون بعجز يؤثر على أساليب الاتصال في الدراسة (ضعاف السمع والبصر، والصم والبكم) وتتوقف قدرة المعلمين على مواجهة مطالب الدمج على قدرتهم على توسيع المنهج الدراسي وتعديل أساليبهم في التدريس، والاستقلال المهني والعمل كفريق، وأخيراً وجد أن الظروف الجسمية والحسية المختلفة التي يعاني منها ذوي الإعاقات الشديدة تتطلب تدخل المدرسين المتخصصين كي يتعاملوا معها بكفاءة.

وعموما فإنه يجدر بنا الإشارة إلى أن دمج الأطفال المعاقين داخل النظام التعليمي العادي وصل إلى مراحل مختلفة في عدد من الدول الأوروبية، بعضها أحرز تقدماً جيداً والبعض الآخر أحرز تقدماً طفيفاً.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الفصل الثالث

التخطيط لعملية الدمج

أولاً: معايير الدمج:

- تحديد المهارات الاجتماعية والكفايات الأكاديمية المطلوبة لتحقيق نجاح الطفل ضمن عملية الدمج، وتقرير مدى أهليته أو استعداده لدخول برنامج الدمج.
- إعداد الأطفال المعوقين لدخول برنامج الدمج من خلال مرحلة انتقالية إذا كان مؤهلاً للانضمام للبرنامج أما إذا كان غير مؤهلاً ومازال يفتقر إلى المهارات المطلوبة لعملية الدمج فيجب تدريبه لزيادة استعداده للالتحاق بالبرنامج.
- إعداد الأطفال العاديين لبرنامج الدمج حتى يتقبلوا البرنامج بصورة تؤدي إلى التفاعل الاجتماعي الإيجابي مع ذوي الاحتياجات الخاصة.
- مواءمة وتكييف المناهج الدراسية، بإجراء التعديلات في المحتوى العام للمنهج بحذف ما لا يتناسب مع إمكانيات المستهدف بالدمج وإضافة الموضوعات المتخصصة التي يحتاجها في حياته الاجتماعية والمهنية دون الإخلال بمحتوى المنهج أو تخفيف سرعته.
- مواءمة وتعديل طرق التدريس.. من خلال فريق متخصص وتضمين ذلك في البرنامج التعليمي الفردي بصورة محددة وواضحة والمعايير التي تؤخذ في الاعتبار من حيث الوقت الإضافي.. ومقبولة أو مناسبة العلاج أو الأسلوب ومدى تأثيره على الطفل المدمج.. وكذلك على العاديين والتأكد من أنه لا يؤدي إلى نتائج سلبية لأي منهما.
- إعداد المعلمين وتدريبهم.. لتنمية وتطوير قدراتهم ومهاراتهم للاستجابة وتقدير احتياجات المدمجين ومواءمة مضامين المناهج الدراسية، واستخدام التكنولوجيات المساعدة.. وتوفير أساليب التدريس.. وتخطيط وتنفيذ البرامج الفردية، علاوة على تطوير اتجاهاتهم إيجابياً نحو الدمج.
- مواءمة أساليب التقييم والامتحانات حيث أن أساليب الامتحانات والتقدير التقليدية قد تشكل عائقاً للأداء الوظيفي الفعال للمستهدفين داخل الصف العادي فمواءمة أساليب التدريس ومحتوى المواد الدراسية، يتطلب تعديلاً في نظام تقويم الأطفال لتصبح أكثر موائمة لاحتياجاتهم وإمكاناتهم دون التفريط بالأهداف الأساسية لتعليمهم ضمن برنامج الدمج.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- إيجاد نسق من التواصل.. بين المعلمين والآباء والمؤسسات المجتمعية الأخرى العاملة في هذا المجال تواصل يتضمن التوعية بالخدمات، ونوعيتها، ومشكلاتها وقضاياها، وتدريب الوالدين والأسرة على المشاركة في برنامج المدرسة، وفي الأنشطة ومتابعة فعاليات البرنامج وكيفية التعامل مع الطفل المدمج.
- توفير وتنظيم آلية متكاملة من خدمات الدعم، الصحية والنفسية والاجتماعية المساندة تمكن المدرسة من مساعدة الاطفال المدمجين بكثير من الثقة.
- توفير الخدمات والتجهيزات والمعينات التقنية الأساسية التي كانوا يحظون بها في المراكز الخاصة.

الإجراءات التي تسبق عملية الدمج:

- اختيار المدرسة.
- تهيئة الإدارة المدرسية وتوضيح الهدف من الدمج وتعريفهم بنوعية الإعاقة وطبيعتها.
- تهيئة العاملين من مدرسين وعمال وتعريفهم بالإعاقة.
- تهيئة الأطفال العاديين.
- إزالة العوائق التي يمكن أن تحول دون مشاركة ذوي الاحتياجات الخاصة في الأنشطة المدرسية.
- تهيئة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للدمج.
- الاختيار المناسب للعاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة من أخصائيين ومعلمين (أخصائي نفسي، أخصائي عيوب نطق، معلم تربية خاصة، معلم تربية فنية، معلم تربية بدنية).
- وضع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الفصول المناسبة.
- توفير الوسائل المعينة.
- توفير وسائل الأمن والسلامة.
- إيجاد قناة اتصال (الخدمات المساندة، الوالدين).

ويمكن القول أن الدمج لابد له من توفر العناصر التالية:

- الإدارة المدرسية.
- المعلمون.
- الكوادر البرناجية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- البيئة المحلية.
- الوالدين (الأسرة).

متطلبات عملية الدمج:

إن دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين ليس عملية سهلة، بل أن هناك عدة متطلبات لابد من مواجهتها:

1. **التعرف على الاحتياجات التعليمية:** فأول متطلبات الدمج التعرف على الحاجات التعليمية الخاصة للأطفال بصورة عامة والمعوقين منهم بصفة خاصة حتى يمكن إعداد البرامج التربوية المناسبة لمواجهتها من الناحية الأكاديمية والاجتماعية والنفسية في الفصول العادية.. فلكل طفل معوق قدراته العقلية وإمكاناته الجسمية وحاجاته النفسية والاجتماعية الفردية التي قد تختلف كثيراً عن غيره من المعوقين.

وهناك دراسات أجريت للتعرف على المتغيرات التي تسهم في تدعيم الاتجاه نحو سياسة إدماج التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في الفصول العادية، وذلك من وجهة نظر المعلمين والإداريين في التعليم العام أوضحت أن الدمج يهيء فرصاً للتفاعل الإيجابي مع العاديين داخل المدرسة وكانت أهم الاحتياجات التعليمية للدمج تتمثل في:

2. **تحديد الإعاقات القابلة للدمج.**
3. **توفير الخدمات الطبية المناسبة للمعاق،** والمنهج ومرونته، والمدرس وإعداده للتعامل مع الطفل المعاق، والوسائل التعليمية الخاصة بالمعاق.

وعلى ذلك فإن تنفيذ برامج الدمج يتطلب التركيز على أربعة نواحي:

- إعداد هيئة التدريس، واختيار المناسب
- وضع الأطفال في الصفوف المناسبة ويتضمن: قيد المعوقين منهم،واختيار غير المعوقين أو العكس.
- تخطيط وتنفيذ الاستراتيجيات المناسبة: التقييم التربوي، البرنامج الفردي التربوي، قواعد ضبط الفصل، البيئة، التخطيط داخل الفصل، الخطة والجداول، اللعب، الاستراتيجيات داخل وخارج الفصل.
- المشاركات بين الوالدين والعاملين.

4. **إعداد القائمين على التربية:** فيجب تغيير اتجاهات كل من يتصل بالعملية التربوية من: مدرسين، ونظار وموجهين، وعمال وتهيئتهم لفهم الغرض من الدمج، وكيف تحقق

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

المدرسة أهدافها في تربية المعوقين بحيث يستطيعوا الإسهام بصورة إيجابية في نجاح إدماجهم في التعليم وإعدادهم للإندماج في المجتمع فمن خصائص مشروعات الدمج الناجحة أنها:

- وفرت القيادات الإدارية.
- عملت على تحسين ولنجاح التواصل والمشاركة بين أفراد المشروع.
- وفرت مصادر كافية من كل من الكوادر والتكنولوجيا المستخدمة.
- قامت بتدريب كاف كماً ونوعاً ومساندة المعلمين في عملهم.

5. **إعداد المعلمين:** فقبل تنفيذ أي برنامج للدمج يجب توفير مجموعة من المعلمين ذوي الخبرة في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة وإعدادهم إعدادا مناسبا للتعامل مع العاديين والمعاقين ومعرفة كيفية إجراء ما يلزم من تعديلات في طرق التدريس لمواجهة الحاجات الخاصة للمعوقين في الفصل العادي، إلى جانب معرفة أساليب توجيه وإرشاد التلاميذ العاديين بما يساعدهم على تقبل أقرانهم المعاقين.

6. **إعداد المناهج والبرامج التربوية:** من متطلبات الدمج ضرورة إعداد المناهج الدراسية والبرامج التربوية المناسبة التي يتيح للمعوقين فرص التعليم، وتنمية المهارات الشخصية والاجتماعية والتربوية، ومهارات الحياة اليومية إلى أقصى قدر تؤهلهم له إمكاناتهم وقدراتهم، وبما يساعدهم على التعليم والتوافق الاجتماعي داخل المدرسة أو خارجها.. كما يجب أن تتيح هذه البرامج التربوية والأنشطة والفرص المناسبة لتفاعل الأطفال المعوقين مع أقرانهم العاديين بصورة تؤدي إلى تقبلهم لبعضهم البعض.

بالإضافة لذلك يجب أن ترسم الخطة التربوية في مدارس الدمج خصائص الممارسات الخاصة بالدمج وتشمل:

- ضرورة دمج كل طفل معوق في البرامج العادية مع الأطفال العاديين لجزء من اليوم الدراسي على الأقل.
- تكوين مجموعات غير متجانسة كلما كان ذلك ممكناً.
- توفير أدوات وخبرات فنية.
- تعديل المنهج عند الضرورة.
- التقييم المرتبط بالمنهج وإعطاء معلومات حول كيف يتعلم الأطفال بدلاً من تحديد ما بهم من أخطاء.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- استخدام فنيات إدراك السلوك.
- توفير منهج لتنمية المهارات الاجتماعية.
- تطبيق الممارسات التعليمية المعتمدة على توافر البيانات.
- تشجيع الأطفال من خلال استخدام أساليب مثل: تدريب وتعليم الأقران، التعليم التعاوني، والقواعد التي من شأنها تنمية الذات وتطويرها.

7. **اختيار مدرسة الدمج**: تطلب عملية الدمج اختيار إحدى مدارس الحي أو المنطقة التعليمية لتكون مركزاً للدمج ويرتبط اختيار المدرسة بالبيئة المدرسية التي يجب أن تتحدد وفقاً للشروط التالية:
   - قرب المدرسة من أحد مراكز التربية الخاصة.
   - استعداد مدير المدرسة والمعلمين لتطبيق الدمج في مدرستهم.
   - توفر الرغبة والتقبل لدى الإدارة والمعلمين.
   - تور بناء مدرسي مناسب.
   - توفر خدمات وأنشطة تربوية.
   - تعاون مجلس الآباء والمعلمين بالمساهمة في نجاح التجربة.
   - أن يكون المستوى الثقافي الاجتماعي لبيئة المدرسة جيداً.
   - أن تكون استعدادات المعلمين مناسبة لقيام تجربة الدمج وأن تكون لديهم الرغبة للمشاركة، أو الالتحاق ببرنامج تدريبي خاص بتطبيق برنامج الدمج.
   - ضرورة تهيئة الأطفال العاديين، وتهيئة جو من التقبل والاستعداد أو للتعاون في تحقيق أهداف البرنامج.
   - ضرورة تهيئة أولياء أمور الأطفال العاديين، وشرح أبعاد التجربة للأهل والأبعاد الإنسانية والتربوية والنفسية والاجتماعية لها.
8. **إعداد وتهيئة الأسر**: من الأهمية بمكان إشراك الأسر في تحديد فلسفة مدرسة الدمج الشامل بالإضافة إلى مشاركتهم في اتخاذ جميع القرارات التي تؤثر في البرامج التعليمية لأطفالهم.. ويطلب من أسر الأطفال المعوقين أن تجري تعديلاً في تفكيرها حول تربية اطفالها: لقد أخبرت هذه الأسر سابقاً بأن الفصول الخاصة أو المدارس الخاصة هي أفضل البدائل التربوية التي توفر خدمات تربوية لأبنائهم.
9. **إعداد وتهيئة الأطفال**: لنجاح تجربة الدمج فإن من ق الأطفال أن يكونوا على وعي كامل بالتغيرات الجوهرية في النظام المدرسي.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

فبالنسبة للأطفال في التربية العامة: يجب تقديم حصص محددة توضح لهم مفهوم عملية الدمج، ولابد أن تتوفر لهم الفرصة لمناقشة أسئلتهم، ومخاوفهم، واهتماماتهم، ومن حقهم معرفة: كيف، ومتى، ولماذا يتعين عليهم أن يساعدوا رفاقهم المعوقين.

كذلك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة: فإنهم يحتاجون إلى أن يتعرفوا على التغيرات، والمسئوليات الجديدة المترتبة على الدمج الشامل.. أن يتوفر لهم الوقت الكافي للتكيف مع التغيرات الجديدة: فقد يحتاجون إلى تعليم أكثر لإعدادهم لبيئة الفصل العادي مثل: اتباع البرامج المحددة، والتعرف على المواقع في المدرسة، وإيجاد شبكة من الأقران الداعمين.

10. **انتقاء الأطفال الصالحين للدمج:** يتطلب الدمج ضرورة انتقاء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الصالحين للدمج.. فالأطفال في الفئات الخاصة لهم خصائص متعددة: فمنهم من تكون إعاقته بسيطة أو متوسطة أو شديدة، ومنهم من تكون مهارته في التواصل جيدة ومنهم المتأخرون لغوياً، ومنهم من يعاني من الانسحاب أو بعض المشكلات النفسية والسلوكية والاجتماعية بسبب عدم تفهم الوالدين للإعاقة أو تقبلها، ومنهم من يكون والده متفهمين للإعاقة متقبلين لهم ويعملان على مساعدته وفق أسس تربوية سليمة.

وهناك شروط يجب أن تتوفر في الأطفال القابلين للدمج:

- أن يكون الطفل المعاق من نفس المرحلة العمرية للأطفال العاديين.
- أن يكون قادراً على الاعتماد على نفسه في قضاء حاجاته.
- أن يكون الطفل المعاق من نفس سكان المنطقة المحيطة بالمدرسة أو تتوفر له وسيلة مواصلات آمنة من وإلى المدرسة.
- أن يتم اختيار الطفل من قبل لجنة متخصصة للحكم على قدرته على مسايرة برنامج المدرسة للتكيف معها.
- ألا تكون إعاقته من الدرجة الشديدة وألا تكون لديه إعاقات متعددة.
- القدرة على التعلم في مجموعات تعليمية كبيرة عند عرض مواد تعليمية.

ثانيا : تعديل المنهج ليلاءم عملية الدمج:

طرق تعديل المنهج وأنشطة التدريس اليومية:

وذلك من أجل تلبية الاحتياجات الفردية ورفع مستوى أداء الأطفال في غرفة الدراسة:

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

المواءمة Accommodation: تعديل عمليات التدريس أو طريقة أداء الطفل من الأمثلة:

- الاستماع إلى رواية مسجلة على شريط.
- وضع دائرة على كل كلمة يجد فيها الطفل صعوبة في ورقة الواجبات.
- تقديم الاستجابة بطريقة شفهية بدلاً من أن تكون كتابية.

التكيف أو التعديل Adaptation: تعديل طرق التدريس أو طريقة أداء الطفل التي تغير محتوى أو صعوبة المنهج ومفاهيمه من الأمثلة على ذلك:

- توفير بطاقات الكلمات مصحوبة بصور.
- استخدام أدوات مساعدة لحل المسائل.

التعليم المتوازي Parallel instruction: تعديل عملية التدريس أو طريقة أداء الطفل الذي لا يغير مجال المحتوى لكن يغير كثيراً مستوى صعوبة مفهوم المحتوى مثال ذلك:

- الأطفال يقرأون قطعة يعطي هذا الطفل ورقة تتضمن المحتوى ويطلب منه وضع دائرة حول حرف (ب) مثلاً.
- الاطفال يحلون مسألة حسابية، يكمل الطفل العد من (1-10).

أما بالنسبة لطرق التدريس فيمكن أن يستعين المعلم بالأقران من أجل تسهيل عمله، والاستعانة بالمعلم المستشار، والأمثلة التالية ما هي إلا نماذج مساعدة في تحقيق أهداف الدمج.

تدريس الأقران Peer tutoring: إن أفضل طريقة لتعلم شيء أن تدرسه لشخص آخر، وأشار كلوارد Cloward 1976 في دراسته إلى ارتفاع المستوى الصفي للأطفال نتيجة لستخدام أسلوب تدريس الأقران، وأشار إلى أن تدريس الأقران يمكن أن يكون بنفس الفاعلية بالنسبة للأطفال الذين لديهم نواحي عجز والأطفال الذين ليس لديهم هذه النواحي وعلى سبيل المثال قدم ماهيدي Maheady" برنامج تدريس أقران في الصف كله لـ(50) طفل في الصف العاشر في الدراسات الاجتماعية، تراوحت أعمار المجموعة من (15-17) سنة، أظهرت النتائج إلى ارتفاع تقديرات الأطفال العاديين وأطفال التربية الخاصة على الاختبارات المختلفة.

إن تدريس الأقران يضع مسئولية التعلم على عاتق الطفل وهذا تغيير قوي له أثره بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة الذين كثيراً ما يكونوا متعلمين سلبيين.

وعندما يتوافر للأطفال معلم خصوصي من أقرانهم يندمجون على نحو مباشر في تعلمهم، هؤلاء الأطفال الذين تعودوا أن يجلسوا بمفردهم على مقاعدهم منتظرين توجيه

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

المدرس، ويوفر تعليم الأقران تعليماً فردياً والجانب المطمئن وغير المهدد في تدريس الأتراب أنه يشجع الأطفال على الاعتراف بقصور في الفهم دون الاهتمام بتقويم الراشد، والعمل مع طفل آخر يوفر للنشء الفرص للمناقشة والتساؤل والممارسة وتقويم التعلم مع تغذية راجعة مباشرة.

وهناك سبع خطوات لتنفيذ برامج تدريس الأقران:

- تهيئة المدرسة لتدريب الأقران بحيث تكون هناك قناعة تامة من قبل مدير المدرسة والمدرسين بأن تدريس الأقران لن يخل بأنشطة المدرسة.
- تحديد وقت التدريس الخصوصي.
- يجب معرفة الأهل عن برنامج تدريس الأقران وتزويدهم بخبرات حول هذه الطريقة.
- تصميم الدروس التي سيقوم الأقران بتدريسها.
- تدريب الأطفال الذين سيقومون بتدريس زملائهم.
- الحفاظ على إندماج المدرس الخصوصي بالعملية.

التعلم التعاوني Cooperative learning: التعلم التعاوني طريقة تعتمد على تشكيل جماعات صغيرة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال غير المعاقين، بحيث يحقق الجميع هدف التعلم عن طريق التخطيط المشترك واتخاذ القرارات ويمكن استخدام هذا الشكل من أشكال التعلم مع جميع المجموعات العمرية لتدريس أي جزء من أجزاء المنهج.

ومن أجل النجاح في العمل التعاوني لابد من العمل على:

- اختيار المجموعات بحث تتألف المجموعة من (3-6) طفل على أن يكون في المجموعة طفلاً واحداً يعاني من الإعاقة.
- تحديد الأنشطة الجماعية التعاونية، بحيث تعمل الجماعة معاً من أجل بلوغ هدف مشترك وتقسم المهارات بالتساوي بين أفراد المجموعة.

المعلم المستشار consulting teacher: يوفر المعلم المستشار تدخلاً في مواقف يكون هناك مشكلة لدى المتعلم، أو المدرس الذي لديه مشكلة تدريس داخل حجرة الدراسة النظامية، فهنا يمكن القول بأن المعلم المستشار يقدم مزايا واضحة لكل من التلاميذ والمدرسين، ويوفر النجدة المناسبة لفريق العمل بالمدرسة.

ولنجاح هذه المرحلة يجب التأكيد على المبادئ التالية:

- ضرورة اختيار المعلم المناسب لأداء المهمة المطلوبة.
- ضرورة اختيار الأساليب والوسائل التعليمية المناسبة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- تحديد الأهداف التعليمية بطريقة قابلة للقياس.
- تحديد المعززات المناسبة وطرق استخدامها داخل الصف.
- الاستفادة من كافة الإمكانيات المتوفرة في المدرسة والمجتمع المحلي.
- استخدام أساليب القياس التربوي المناسبة.

بدائل المنهاج المختلفة:

بدائل المنهاج المختلفة لذوي الاحتياجات الخاصة حسب حالة واحتياج كل طفل:

نوع المنهج:

- منهج عادي: منهاج عادي دون أية خدمات التربية الخاصة.
- منهج تربية الخاصة: منهاج عادي كما هو مضافاً إليه خدمات التربية الخاصة.
- منهج موازي: المنهاج العادي معدلاً في مستوى صعوبته مع ثبات الأهداف التعليمية مضافاً إليه خدمات التربية الخاصة.
- منهج الصف الأدنى: منهاج عادي للصفوف الدنيا مضافاً إليه خدمات التربية الخاصة.
- منهج المهارات الأكاديمية: منهج مشابه للمنهاج العادي في الأهداف على نحو عام لكنه يحتوي تعديلات أساسية كحذف أو إضافة بعض الإجراءات.
- منهج الكفاءات الوظيفية: منهاج خاص ذو أهداف مشتقة من احتياجات الطفل لممارسة الأنشطة الحياتية المختلفة، كما يتضمن تدريباً متميزاً على جوانب معينة مثل التدريب على لغة الإشارة أو على النطق أو على التوجه والحركة.
- منهج خاص: منهاج خاص لموضوعات أو جوانب محددة كالتهيئة المهنية والإرشاد المهني والتأهيل المهني أو علاج صعوبات الكلام.

ثالثا: شروط الدمج الناجح:

- نوع العوق: يجب أن يراعي نوع وشدة العوق قبل البدء بعملية الدمج ومعرفة الاستعداد النفسي للطفل المراد دمجه.
- التربية المبكرة: بحيث يجب أن تسبق عملية الدمج لذوي الاحتياجات الخاصة تربية مبكرة من الأسرة لمساعدتهم على أداء بعض الوظائف الأساسية للحياة مثل (الكلام، الحركة، التنقل، الاعتماد على نفسه في الأكل).
- إعداد معلمي المدارس العادية: ينبغي تدريب معلمي المدارس العادية على كيفية التعامل التربوي مع ذوي الاحتياجات الخاصة وكيفية التعامل مع المواقف السلوكية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- عدد الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة في الفصل العادي: يفضل ألا يتجاوز عدد الأطفال المراد دمجهم في الفصل العادي عن طفلين.
- الفصل: يجب أن يكون حجم الفصل مناسب وذلك لحرية الحركة وممارسة أي نشاط داخله، إضافة إلى التهوية، الإضاءة، المخارج.
- مرافق المدرسة الأخرى.
- غرفة المصادر، والخدمات المساندة.
- الخطة، الجدول، المنهاج، التقييم.
- تنمية الاتجاهات الإيجابية نحو الدمج.
- التدريس التعاوني.
- اتقان البرنامج الفردي، تخطيطه وتنفيذه.
- التنوع في الأنشطة لكي تسمح بمشاركة ذوي الاحتياجات الخاصة.
- مشاركة الأسرة وتفعيل دورها.
- إيجاد القرين التعليمي.
- أن تتم بصورة تدريجية ومدروسة دراسة وافية ومسبقة

نموذج لتخطيط برامج الدمج التربوي:

- حدد معايير الدمج.
- علم الطفل المهارات المطلوبة للاستعداد – إذا لم يتوفر الاستعداد.
- حدد استعداد الطفل للدمج.
- هيئ الأطفال العاديين للدمج.
- أعد شبكة نظام التواصل.
- هيئ الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ضع الأطفال في الوضع التعليمي المناسب.
- قم بتعديل ومواءمة أسلوب التدريس لأطفال الدمج.
- قم بتعديل ومواءمة محتوى مجالات المواد الدراسية.
- قم بتقويم أطفال الدمج.
- قم بمراجعة وتعديل البرنامج التربوي بناء على بيانات التقويم.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

العوامل التي تساعد على نجاح عملية الدمج:

لنجاح عملية دمج الأطفال المعاقين لابد أن تتوافر عوامل تساعد في نجاح عملية الدمج ومنها:

- مرونة وتقبل معلم الفصل العادي للطفل المعوق.
- تقبل أطفال الفصل للطفل المعوق وتفاعلهم معه.
- توافر المهارات الاجتماعية لدى الطفل المعوق.
- التحصيل الأكاديمي لدى الطفل المعوق.
- النظرة الإيجابية لدى الطفل المعوق على نفسه.
- استقلالية واعتماد الطفل المعوق على نفسه.
- اتجاهات الأسرة الإيجابية وتقبلها لطفلها المعوق.
- الدافعة العامة لدى الطفل المعوق.
- توفر المستلزمات والتجهيزات اللازمة للطفل المعاق.

لنجاح عملية الدمج يجب أن ينظر إليها على أنها عملية منظمة ولابد أن تتحقق خطوة خطوة ولابد أن تتوافر شروط لنجاح عملية الدمج وهي:

- معرفة التربويون والمعلمون لمفهوم الدمج قبل التطبيق.
- أن ينظر للدمج على أنه تكامل اجتماعي وتعليمي للأطفال المعوقين وليس فقط عبارة عن الحضور الجسدي.
- وضع محك لوضع المكان المناسب للطفل المعاق.

كما أن هناك عوامل مهمة يجب أن تتوافر لنجاح عملية الدمج وهي:

- التقبل الإيجابي من قبل مدرس المدرسة لوجود الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتفاعله مع هذه الفئة.
- التقبل الإيجابي من قبل معلمي المدرسة وتعاونهم مع معلمي وأخصائيي التربية الخاصة.
- القبول الاجتماعي من قبل أسرة الطفل السوي لوجود أطفال معاقين في مدرسة ابنهم.
- تقبل الطفل السوي لزميله المعاق وتفاعله معه.
- إحساس وتفاعل كل العاملين في المدرسة مع ذوي الاحتياجات الخاصة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- إعطاء حوافز ومميزات للمدرسة التي يوجد بها دمج من قبل الوزارة.
- إعطاء دورات عن التربية الخاصة للعاملين في المدرسة للتعرف على هذه الفئة المدمجة في المدرسة.
- التوعية الإعلامية المكثفة على مستوى المجتمع من خلال الوسائل الإعلامية المسموعة والمرئية والمقروءة.
- ألا يعني الطفل المعاق من صعوبات بالغة في النطق.
- أن يكون المعاق مستقبلاً ذاتياً معتمداً على نفسه مبادراً للتعاون مع أقرانه الأسوياء.
- الدمج تدريجياً مع تنمية اتجاهات الأطفال الأسوياء نحو أقرانهم المعاقين.

توفير الخدمات التربوية والتعليمية المساندة لنجاح عملية الدمج

دور المدرسة و الاسرة و المجتمع في تحقيق سياسة الدمج

أ. دور المدرسة في تحقيق سياسة الدمج:

يمكن أن تسهم المدرسة بدور فعال في تحقيق سياسة الدمج من خلال محورين متكاملين.

- **إعداد وتدريب المعلمين المهرة:** تمشياً مع مبدأ المدرسة للجميع فإنه يجب العمل على تدريب المعلمين العاديين على العمل مع الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة، وينبغي توجيه برامج التدريب التربوي بحيث تناسب الاتجاهات التربوية الموجودة، أي بالنظر والتوجه نحو التربية المتكاملة الواسعة والعمل على التأهيل في إطار المجتمع.

ولعل من أهم ملامح هذا الإعداد والتدريب للمدرسين يتلخص فيما يلي:

1. إعداد وتدريب المختصين الأكفاء يعد أحد المفاتيح لنجاح البرنامج التعليمي الموجه للأشخاص شديدي ومتعددي الإعاقة.
2. من الضروري أن يأخذ المعلمين في اعتبارهم مفهوم الحاجات التعليمية الخاصة أو النوعية للأطفال والمراهقين من المعاقين الذين يتم دمجهم في المدارس العادية، وأن يعمل المعلمين على إيضاح الفروق الفردية بين الأطفال ليس بهدف أن نتقبل التباين بينهم، ولكن بهدف حشد أفضل الوسائل الممكنة للتعامل معهم، ولكي تبتكر الطرق والأساليب لصقلهم بعيداً عن عزلتهم.
3. تشجيع برامج التدريب المفتوحة التي تعد المعلمين للتعامل مع الأطفال المصابين بأنواع مختلفة من الإعاقة، كما ينبغي التشجيع على توفير إمكانية التخصص للمعلمين في مجال واحد أو أكثر من المجالات المحددة للإعاقة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

4. أن تتضمن البرامج التدريبية لمعلمي المعاقين تدريباً نفسياً بهدف تنمية اتجاهات صحيحة نحو الأشخاص المعاقين، وتحقيق فهم أفضل للعجز والإعاقة بشكل عام.

- **إعداد الأطفال المعاقين لمرحلة ما بعد المدرسة:** إن مرحلة ترك المدرسة مرحلة حرجة في حياة الأسرة ككل، بعد عدة سنوات من التزام الطفل أو الشاب المعاق في المدرسة أثناء النهار تجد كثير من الأسر نفسها مضطرة للعناية به طوال الوقت، حيث يترك الشخص المعاق المدرسة في سن يتراوح بين 16 إلى 21 سنة وفقاً للقوانين المنظمة لذلك في البلدان المختلفة، وإن كان معظم المعاقين ينهون دراستهم تماماً عندما يبلغون حوالي 12 عاماً.

والحقيقة أن هناك قصوراً شديداً في كثير من المدارس، سواء الخاصة أو العامة في الاهتمام بالمعوقين، وإعدادهم وتأهيلهم لمواجهة متطلبات الحياة وصعوبتها، فهي لا توفر المناخ للأطفال لمناقشة إعاقتهم وآثارها في حياتهم المقبلة كما أنها لا تتيح لهم الفرصة كي يتكلموا عن مخاوفهم، وعن قلقهم بالنسبة للمستقبل، ومدى قدرتهم على العثور على عمل والاحتفاظ به، ومدى إمكانياتهم لإقامة حياة عائلية مستقرة في استقلال عن الآخرين.

وحتى تقوم المدارس بدورها المأمول في إعداد المعاقين لكي يحيوا قدر استطاعتهم حياة متكاملة مستقلة في مجتمع الكبار فإنها يجب أن تسعى إلى تحقيق الإجراءات التالية:

- **إعداد الأطفال المعاقين للتوافق مع المجتمع:** من الضروري أن تهيىء المدرسة الفرصة للأطفال المعاقين كي يتعلموا كيف يواجهون المشكلات في المجتمع، فبالإضافة إلى تعلم المهارات الدراسية الأساسية مثل القراءة والكتابة، إنه من الضروري أيضاً أن يتعلموا السلوك الاجتماعي الطبيعي والقواعد العامة للتعامل الاجتماعي في المجتمع (البيئة المحيطة بهم) وكيف يطهون طعامهم، وكيف يستعملون وسائل النقل وغير ذلك.
- **إعداد الأطفال المعاقين للتعايش مع العجز أو العاهة التي تلازمهم:** يجب العمل على تعليم الأطفال المعاقين كيف يستطيعون التعايش مع العجز، وبذلك يمكن منعه إن استطعنا من أن تشكل الإعاقة لهم ألم نفسيين ولكي يمكن مساعدة الأطفال المصابين بإعاقات خطيرة على استخدام الإمكانيات الاحتمالية للنمو الكامنة فيهم، فمن الضروري عدم التركيز كثيراً على نواحي العجز، بل يجب التركيز بالأحرى على كيفية تعلم المهارات اللازمة.
- **إعداد الأطفال المعاقين للعمل:** يتم ذلك من خلال التعليم والتدريب المهني، ويجب أن يوضع في الاعتبار الصعوبات الخاصة بنواحي العجز، بحيث يتم التدريب على المهن البسيطة والنمطية، كما يجب أن يصمم البرنامج التدريبي بحيث يبدأ بالإمكانات البسيطة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

لدى الفرد، ثم يتقدم إلى أقصى الإمكانيات الكامنة لدى الشخص المعاق، ولابد أن تتلاءم البرامج المتاحة مع الاحتياجات الصناعية والزراعية والخدمية.

- **تشجيع المشاركة بين الآباء والمهنيين:** إن التنسيق والمشاركة هي المبدأ الأساسي الذي تستند عليه تنمية علاقات العمل بين المهنيين ووالدي الطفل المعوق، وتتخذ المشاركة أشكالاً متعددة، إلا أنها تركز جميعها على إقرار أساسي وهو أن كلاً من الطرفين له مجالات في المعرفة والدراية يمكنه أن يساهم بها في مهمة التعاون لمصلحة الطفل، ومن ثم يجب العمل على تشجيع الوالدين والمهنيين على تنمية علاقات عمل طيبة بينهم، وذلك لمصلحة الطفل المعاق، حيث يتم تبادل المعارف والمهارات والخبرات لتلبية حاجات الطفل الخاصة ولاشك أن هذا التعاون بين الوالدين والمهنيين سوف يساعد على تعلم الطفل المعاق وتقدمه بصورة أفضل مما لو عمل كل من الطرفين على انفراد.

ب. دور المعلمين في نجاح عملية الدمج:

لمعلمي المدرسة العادية دورهم في نجاح عملية الدمج ويعتبرون أحد الركائز الأساسية لنجاح عملية الدمج حيث بتقبلهم الإيجابي يؤثرون إيجابياً على أطفالهم في الصف من حيث زيادة دافعيتهم للتعاون والتفاعل مع أقرانهم المعاقين ويقومون أيضاً بدور تربوي مع هؤلاء الأطفال بالتوجيه والمتابعة وقد يبادرون إلى إحضار وقبول أطفال الفئات الخاصة إلى الصف الذي يدرس فيه ومتى كان دور المعلمين إيجابياً بقبولهم لهؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً فإن عملية الدمج سوف يكتب لها النجاح ويكون دوره مكملاً لدور معلم التربية الخاصة في التطبيع والتكامل بين الطفل السوي وذوي الحالة الخاصة.

أما الأطفال الأسوياء فلهم دور مهم أيضاً ويستند على توجيهات وقبول المعلمين لهذه الفئة ومتى كان اتجاه المعلمين إيجابياً سوف يؤثرون إيجاباً على الاطفال الأسوياء بالنصح والإرشاد وزيادة دافعتهم للتكامل مع أقرانهم المعاقين فالطفل قد يحط من عزيمة الطفل المعاق أو يجعله يرفض المدرسة إذا كان هناك نظرة سلبية تجاهه أو سخرية وتهكم عليه أو حتى عدوانية كل هذه الأفعال والسلوكيات سوف تؤدي إلى نفور وتباعد ما بين الطفل السوي وذوي الاحتياجات الخاصة وقبل الدمج يحتاج الأطفال إلى التوعية العامة بالمعاقين وأهمية التعايش معهم والعطف عليهم ومساعدتهم والمبادرة للتفاعل معهم كل هذا إذا كان المعلمون وإدارة المدرسة ذوي اتجاه إيجابي نحو هذه الفئة المدمجة في المدرسة.

ج. دور إدارة المدرسة في نجاح عملية الدمج:

من العوامل والركائز الأساسية لنجاح عملية الدمج هو الإيجابي لقبول المعاقين من قبل إدارة المدرسة فإذا كان دور مدير المدرسة إيجابياً سوف ينعكس أثر ذلك على عموم

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الأطفال في المدرسة، سواء الأطفال الأسوياء أو المعاقين المدمجين في المدرسة وسوف يؤثر في العملية التعليمية والتربوية في المدرسة لصالح عموم الأطفال وحيث يكون دور المدير ومساعديه إيجابياً سوف يدعمان عملية الدمج من خلال زيادة التكامل الاجتماعي فيما بين الأطفال المعاقين والأسوياء وكذلك زيادة التكامل التعليمي في بعض الحصص الدراسية مثل حصة التربية الرياضية والفنية.

وقد يرفض بعض مديري المدارس فكرة الدمج أو قبول أطفال معاقين وقد تكون مبرراتهم هو زيادة عدد الأطفال في المدرسة وكذلك المعلمين أو خوفهم على الأطفال الأسوياء أو على الأطفال المعاقين وقد تكون تلك المبررات قبل معرفتهم لصفات وسلوكيات الأطفال المعاقين أي أن الفكرة عنهم غير واضحة أو مكتملة، وقد يكون للحوافز المادية دور في تغير اتجاههم أو قد يكون للبعد الإنساني أو القيم الدينية دور في قبول هؤلاء الأطفال المعاقين.

لذا نجد أن حجر الزاوية في نجاح عملية الدمج هو مدير المدرسة إذا كان اتجاهه إيجابياً نحو الأطفال المعاقين سوف تنجح عملية الدمج (بالتعاون مع معلمي وأخصائيي التربية الخاصة) وذلك لتأثيره في العملية التعليمية والتربوية داخل المدرسة، أما إذا كان دور مدير المدرسة سلبياً سوف ينعكس أثر ذلك سلباً على عملية الدمج والأطفال المعاقين.

د. دور الأنشطة غير المنهجية في نجاح عملية الدمج

تعتبر الأنشطة غير المنهجية من أهم الركائز الأساسية لتفاعل وإدماج الأطفال المعاقين مع أقرانهم الأسوياء حيث إن تطبيع (إدماج) الأطفال المعاقين مع أقرانهم الأسوياء من خلال الأنشطة غير المنهجية يؤدي إلى التكامل الاجتماعي والتفاعل فيما بينهما فلذا يعتبر النشاط غير المنهجي الموجه وسيلة في غاية الأهمية حيث يلتقي الطفل السوي والمعاق خارج الصف ويتحدثا مع بعضهما البعض أو يلعبان مع بعضهما من خلال المسرح (الحفل الثقافي، الألعاب....) أو من خلال الرحلات أو الزيارات أو المنافسات في الألعاب الرياضية.

ولذا نجاح التكامل الاجتماعي ما بين الأطفال بالأسوياء والمعاقين من خلال الأنشطة غير المنهجية وذلك لكونها بعيدة عن التقيد بغرفة الصف وفيها مجال الترفيه واللعب والطفل يأخذ حريته في الكلام والحركة وبالتالي تزداد فرصة التفاعل والإندماج فيما بين الأطفال الأسوياء والمعاقين.

هـ. دور الآباء في تحقيق سياسة الدمج:

لقد لوحظ أن الآباء يلعبون دوراً لا غنى عنه في المساعدة من أجل دمج الأطفال المعاقين داخل المجتمع، ويمكن تدريبهم ليس فقط كي يجيدوا التعامل مع مشكلات الحياة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

اليومية التي تظهر مع الإعاقات الخطيرة ولكن لكي يصبحوا مدرسين أكفاء لأطفالهم كذلك، ولهذا الغرض لابد أن يشمل التدريب كل أفراد الأسرة وليس فقط الأمهات.

والى جانب تدريب الآباء على القيام بدورهم فإنه يجب تدعيمهم من خلال توفير أكبر قدر من الخدمات الاجتماعية لهم، بما فيها توفير الأخصائيين الاجتماعيين والموظفين الأكفاء الذين سوف تشجع نصائحهم وتوجيهاتهم الآباء والمعاقين الصغار كي يستفيدوا من إعادة التأهيل والعملية التعليمية، ذلك أن آباء الأطفال المعاقين هم في حاجة ماسة إلى المعلومات والتوجيهات الخاصة بكيفية تعاملهم مع أطفالهم المعاقين، ولذا فهم في حاجة إلى دورات تعليمية يأخذون خلالها المعلومات والنصائح في كيفية مساعدة الطفل المعاق.

ويمكن تحديد أهم ملامح دور الآباء في تحقيق سياسة الدمج في النقاط الآتية:

- **تقبل الآباء لأطفالهم المعاقين:** على الوالدين أن يتقبلا طفلهما المعاق، لأن ذلك سوف يكون له أثره الإيجابي في مفهومه عن ذاته واستشعاره بقيمته ومكانته داخل الأسرة، وبأنه طفل مرغوب فيه الأمر الذي يساعد على اندماجه داخل الأسرة والمدرسة والمجتمع عامة، ومن ثم سيسعى نحو بذل قصارى جهده لاكتساب المهارات اللازمة، والسلوك التكيفي المطلوب تعليمه إياه عند إجراء أي محاولة لتعليمه وتدريبه.
- **قيام الآباء بدور المعلم لأطفالهم المعاقين:** يمكن أن يقوموا آباء أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بدور أساسي في تعليمهم، فمن الملاحظ أنه بالرغم من أهمية مشاركة الآباء إلا أنها مازالت في نطاق ضيق وليست في شكلها المثالي المطلوب، وربما كان ذلك مرجعه في أغلب الحالات أنه ليس هناك دور محدد لمشاركة الآباء وإسهاماتهم.
- **أهمية التوافق الأسري للأطفال المعاقين:** لقد تبين من الدراسات أن البيئة المنزلية الجيدة والتوافق الأسري الذي يسود بين جميع أفراد الأسرة، وخاصة الوالدين يزيد من كفاءة الأطفال المتخلفين عقلياً، كما اتضح أيضاً أهمية الأسرة ككيان اجتماعي وكمؤسسة تربوية لا غنى عنها من أجل النمو النفسي السليم، حيث وجد أن مفهوم الذات لدى الأطفال المصابين بالتخلف العقلي المقيمين مع أسرهم كان أكثر إيجابية بشكل دال بالمقارنة بأقرانهم الذين يتواجدون داخل مؤسسات خاصة، كذلك وجد أن تبني بعض الأسر لأطفال متخلفين عقلياً قد ساعد على توافقهم الاجتماعي.

و. دور المجتمع في تحقيق سياسة الدمج:

إن ترك الأطفال المعاقين للمدرسة كان من المفروض أن يتبعه إسهامهم ومشاركتهم في حياة مجتمعهم، تماماً كما يفعل أي شخص آخر بلغ سن الرشد، حيث يتوجه إلى العمل وترك منزل الأسرة للزواج، غير أن هناك من المعوقات داخل المجتمع تحول دون أن يحقق

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

غالبيتهم ذلك، ومن ثم فهم مغيبون ومقعدون في البيت، وكثيرا منهم يتساءل لماذا لا يذهبون إلى المدرسة كما كانوا يفعلون من قبل، ولما تغير نظام الحياة والوتيرة التي تعودوا عليها بهذا العنف، ولماذا يلازمون المنزل ليلاً ونهاراً ويعيشون في عزلة دائمة، وقد تؤدي الحياة الجديدة إلى الإحباط وسيادة جو من التوتر في المنزل.

إن المسئولية الملقاة على الأسرة أكبر من طاقتها المحدودة، ولذا فإن الأمل أن يساعد المجتمع بكافة مؤسساته في تشجيع دمج الأطفال المعاقين في كافة نواحي الحياة ولا شك أن هذا الدمج سوف يكون له أثره في تقبل الأسرة لطفلها المعاق، حيث تشعر الأسرة بأن لطفلها المعاق مكاناً بين الأطفال الأسوياء، ولهم ما لهم من حقوق وبذلك تطمئن الأسرة على مستقبل ابنها في المجتمع، وقد وجد أن استقرار الأسرة واطمئنان الآباء على مستقبل طفلهم المعاق عقلياً ذو علاقة إيجابية بتحصيل القراءة والتحصيل العام لديه.

ولكي نخفف من المسئوليات الملقاه على عاتق الأسرة التي بها طفل معاق، فإن المهتمين بسياسة الدمج يدعون المجتمع لأن يساهم بدور فعال من أجل العمل نحو تشجيع دمج الأطفال المعاقين في مجالات الحياة المختلفة من خلال السعي نحو تحقيق الإجراءات التالية:

أ. ينبغي أن يوفر المجتمع الخدمات التعليمية والنفسية الملائمة للأسر التي بها أطفال معاقين، وأن يعمل على تحسين الخدمات الإرشادية والتعليمية للآباء، ويكون هناك تعاون تام بين الآباء والمدرسين لكي نساعد الطفل على إنماء طاقاته الكامنة.

ب. على المجتمع أن يضع في خططه دمج الأطفال المعاقين داخل المجتمع، وتنفيذ البرامج الموضوعة من أجل تحقيق الدمج وذلك لتخفيف عزلتهم، وتيسير المشاركة الكاملة في كل جوانب الحياة.

ج. من الاعتبارات الهامة علىدمج الأطفال شديدي ومتعددي الإعاقة في أنشطة المجتمع وقت الفراغ، فهذه الأنشطة يمكن أن تكون بمثابة السبيل نحو حياة عادية لهؤلاء الأشخاص، هذا بجانب تشجيع الأنشطة التي يشترك فيها الأشخاص المعاقون مع الأسوياء.

د. على المجتمع تشجيع قيام المنظمات التطوعية التي تهدف نحو مساعدة الآباء والأمهات في كيفية التعامل مع أبنائهم المعاقين، وتوفير وتنظيم دورات التدريب المهني للمعاقين لإعادة تأهيلهم ودمجهم في المجتمع.

ه. ينبغي أن تعمل الجهات المعنية على توفير أكبر عد من الوظائف للأشخاص المعاقين وتشجيع ذلك. وفي بعض الحالات فإنه من الضروري توفير فرص عمل مخصصة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

للمعاقين لتيسير توظيفهم كالمصانع الآمنة أو الجهزة للأشخاص المعاقين لأنهم في حاجة إلى عون خاص، ويتوقعون أن يلعب الآخرون في المجتمع دوراً فعالاً كي يشركوهم في العملية الإنتاجية فإذا ما فعلوا ذلك فهم يتيحون لهم البداية لحياة لها معنى وهدف يعيشون من أجله.

و. لابد من تدريب أشخاص من المجتمع المحلي ومن أسر المعاقين، بواسطة متخصصين في مجالات الإعاقات المختلفة (سمعية، بصرية، ذهنية، حركية) مما يساعد على زيادة التكيف السلوكي والمهارات السلوكية لدى الأطفال المعاقين وتعديل اتجاه أولياء أمور الأطفال المعاقين تجاه المجتمع الذي يعيشون فيه.

وبالرغم من أن هناك فروقاً فردية، قد تكون مبرراً لعزل الأطفال المعاقين إعاقات معقدة في مدارس خاصة، فإن هذا لا يتناقض مع سياسة دمج الأطفال الآخرين في المدارس العادية، لأن الهدف من الدمج أساساً هو العمل على تقليل هذه الفروق، وكذلك هناك ضرورة لإجراء الدمج من أجل تحقيق التطور والتنمية للأشخاص المعاقين، هذا التطور المرغوب فيه هو في الواقع مازال محدوداً سبب عدم إتاحة النظام المدرسي العادي الفرصة للأطفال المعاقين كي يندمجوا لينسجموا ويتغلبوا على هاجس الإعاقة، فهؤلاء الأطفال يستبعدون دوماً من المدرسة العادية لكونها لا تناسبهم وبالتالي تفشل في تأمين حاجاتهم، وهذا لا يعد فشلاً للطفل المعاق بقدر ما هو فشل للمدرسة.

لهذا فمن الضروري أن نعمل من خلال سياسة الدمج على إعادة تنظيم المدارس بهدف إنشاء مدرسة عامة توفر مختلف أشكال التعليم التي تتلاءم مع القدرات المتباينة والاحتياجات الخاصة لأفراد المجتمع داخل نظام تعليمي واحد يلبي احتياجات الكل.

المبادئ الإرشادية للتعامل مع أسرة الطفل المدمج:

- إمداد الوالدين بأكبر قدر من المساندة العاطفية وتفهم مشاعرها ومشاركتها همومها عندما يعلمون لأول مرة بأن ابنها معاق.
- مساعدة الوالدين على التفهم الموضوعي لحالة ابنها المعوق والعمل على تقبله والاستبصار بالآثار المترتبة على الإعاقة.
- مساعدة الوالدين على تعلم طرق وأساليب إيجابية في التعامل اليومي مع طفلها المعوق بشكل يؤكد على علاج المشكلات والصعوبات المتنوعة التي يعاني منه.
- مساعدة الوالدين على اكتشاف قدرات طفلها المعوق وطرق تنمية إمكاناته الإيجابية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- مساعدة الوالدين على التعرف على الجو الأسري المناسب لإشباع حاجات النمو لدى طفلهما المعاق في المراحل العمرية المختلفة.
- ضمانة مشاركة الوالدين في العملية الإرشادية وتحملهما لمسئوليته وتنمية روح التحدي لديهما.
- بناء علاقة إرشادية مهنية بين المرشد النفسي والوالدين تقوم على الثقة المتبادلة واحترام وجهة نظر الوالدين.
- تزويد الوالدين بدليل إرشادي يصف بوضوح الطفل ومشكلاته التي يمكن أن تتطور وطرق مواجهتها.
- مساعدة الوالدين على تشجيع الطفل المعوق على المشاركة في أنشطة وقت الفراغ وإتاحة الفرصة له للشعور بالسعادة والرضا.
- بناء الخطة الإرشادية الخاصة للطفل المعوق.

الحرص على التشخيص والتقييم الدقيق لقدرات الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة.

رابعاً: فوائد الدمج:

الدمج له فوائد متعددة منها:

فوائد الدمج للطفل المعاق:

- إن دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع العاديين سوف يكون له آثار إيجابية.
- إن الطفل المعاق عندما يشترك في فصول الدمج ويلاقي الترحيب والتقبل من الآخرين فإن ذلك يعطيه الشعور بالثقة في النفس، ويشعره بقيمته في الحياة ويتقبل إعاقته، ويدرك قدراته وإمكاناته في وقت مبكر، ويشعر بإنتمائه إلى أفراد المجتمع الذي يعيش فيه.
- كما أن الطفل المعاق في فصول الدمج يكتسب مهارات جديدة مما يجعله يتعلم مواجهة صعوبات الحياة، ويكتسب عدداً من الفرص التعليمية والنماذج الاجتماعية مما يساعد على حدوث نمو اجتماعي أكثر ملاءمة، ويقلل من وصم العلاقات التي سوف يحتاج إليها للعيش والمشاركة في الأعمال والأنشطة الترفيهية ويشجعه على البحث عن ترتيبات حياتية أكثر عادية.

والدمج يمد الطفل بنموذج شخصي، اجتماعي، سلوكي للتفاهم والتواصل، وتقليل الاعتماد المتزايد على الأم، ويضيف رابطة عقلية وسيطة أثناء لعب ولهو الطفل المعاق مع أقرانه العاديين.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الاثار النفسية و الاجتماعية للدمج على الطفل المعاق:

للدمج اثره على الطفل المعاق نتيجة دمجه في المدرسة العادية ويكون الأثر في جانبين: الأثر النفسي والأثر الاجتماعي:

الأثر النفسي: للدمج أثره الإيجابي في أغلب الأحيان على نفسية الطفل المعاق، فهو يؤدي إلى أن الطفل يقدر ذاته (مفهومه لذاته) ويحس بوجوده، كذلك الدمج يجنبه تكرار الفشل في بعض التصرفات الفردية، حيث يتقمص أو يقلد زميله السوي في ردود بعض الأفعال أو السلوكيات الإيجابية، وينتج عن ذلك توافق نفسي واجتماعي أي متكيف مع نفسه وشعوره بأنه سوي مثله مثل أقرانه الأسوياء في المدرسة، أي أنه ليس غريباً في مجتمعه كذلك يتعلم ويكتسب من زميله السوي اللغة أو نطق بعض الكلمات الصعبة من خلال تفاعله معه، كذلك يتعلم القدرة على الحوار، ولذا للدمج أثره النفسي حيث يكسب الطفل المعاق قدرة على تكوين علاقات شخصية وقدرة على الحوار ولو بشكل بسيط أيضاً المنافسة من خلال الألعاب الجماعية التنافسية، وللدمج أثره على نفسية والدي وأفراد أسرة الطفل المعاق، بأن يخفف من معاناتهم ويريحهم نفسياً حيث أن ابنهم يدرس ضمن الأطفال الأسوياء الذي يؤثرون إيجابياً في نفسيته وسلوكه، كذلك الارتياح النفسي على أسرة الطفل المعاق بأنه يدرس في مدارس التعليم العام وليس في مدارس خاصة بالمعاقين هذا الارتياح النفسي للأسرة ينعكس إيجابياً في تقبل أبنهم، والاهتمام والمتابعة الدائمة له، وكذلك الارتياح النفسي للأسرة في نطاق المجتمع حيث أن المحيط الاجتماعي للأسرة لا يرى هذا الطفل على انه معاق إعاقة شديدة وبالتالي تكون النظرة له ولأسرته إيجابية مما يخفف من معاناة الأسرة.

الأثر الاجتماعي للدمج: للدمج أثره الاجتماعي على الطفل المعاق، ذلك من خلال تكوين علاقات مع أقرانه الأسوياء وتفاعله معهم ضمن مجتمع المدرسة وبالتالي يعمم ذلك على المجتمع الخارجي والمجتمع ككل أي أنه يحس ويقدر ذته وأنه ضمن هذا المجتمع، كذلك الدمج يؤدي إلى التوافق النفسي والاجتماعي، وحين يقدر ذاته سيكون صداقات مع أقرانه الأسوياء حتماً سوف يتوافق اجتماعيا وقد يلتقي مع أحد من زملائه الأسوياء خارج إطار المدرسة، وقد يكون في الشارع أو الحي السكني الواحد، مما يؤدي إلى أن الطفل السوي يتقبل هذا الطفل غير العادي ويبني معه علاقة اجتماعية جيدة، نتيجة لمروره بتجربة سابقة في التعامل مع هذا الطفل ضمن إطار المدرسة كذلك للدمج أثره على أسرة الطفل المعاق، حيث تنظر إلى أن ابنها يدرس ضمن الأطفال الأسوياء في مدرسة عادية وقد يذهب مع شقيقه السوي أو مع أبناء جيرانه إلى نفس المدرسة ويؤدي هذا إلى تخفيف معاناة الأسرة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

نتيجة لوجود طفل معاق وارتياحها من أن الدمج يؤدي إلى التطبيع والتكامل الاجتماعي بين ابنهم وأقرانه الأسوياء.

وأشارت إحدى الدراسات إلى سؤال طفل لماذا أدرس في هذا المعهد وأخواني يذهبون مع والدي لمدرسة أخرى؟ إني أريد أن أذهب مع أخواتي وأدرس معهم، من خلال هذا الإحساس لهذا الطفل المعاق عقلياً، يدرك أنه في معزل عن المجتمع الذي يعيش فيه وأقربهم لذلك إخوانه الذي لا يشاركونه العملية التعليمية في بيئتها الطبيعية ولذا أسلوب الدمج، سوف يقضي على هذا الشعور لدى الطفل المعاق بأنه يتعلم في بيئته الطبيعية وضمن أفراد مجتمعه وليس بمعزل عنه وأنه يتلقى تعليمه مع إخوانه وأبناء الحي ضمن إطار المدرسة على الرغم من أنه في فصول مدمجة ولكن ذلك يخفف حدة الشعور لديه بأن هذا المجتمع يشعر ويحس به ويثبت كيانه وشخصيته بأن جعله يدرس في هذه المدرسة العادية وضمن أقرانه الأسوياء.

فوائد الدمج للأطفال العاديين:

إن الدمج يؤدي إلى تغير اتجاهات الطفل العادي نحو الطفل.

أضف إلى ذلك: أن الدمج يساعد الطفل العادي على أن يتعود على تقبل الطفل المعاق ويشعر بالارتياح مع أشخاص مختلفين عنه.. وقد أوضحت الكثير من الدراسات على إيجابية الأطفال العاديين عندما يجدون فرصة اللعب مع الأطفال المعاقين باستمرار وفي نظام الدمج هناك فرصة لعمل صداقات بين الأشخاص المختلفين.

فوائد الدمج للآباء:

فنظام الدمج يشعر الآباء بعدم عزل الطفل المعاق عن المجتمع، كما أنهم يتعلمون طرقاً جديدة لتعليم الطفل.. وعندما يرى الوالدان تقدم الطفل الملحوظ وتفاعله مع الأطفال العاديين فإنهما يبدآن التفكير في الطفل أكثر، وبطريقة واقعية كما أنهما يريان أن كثيراً من تصرفاته مثل جميع الأطفال الذين في مثل سنه وبهذه الطريقة تتحسن مشاعر الوالدين تجاه طفلهما، وكذلك تجاه أنفسهما.

فوائد الدمج الأكاديمية:

للدمج فوائد تربوية وأكاديمية لكل من الأطفال والمعلمين على النحو التالي: فالأطفال المعاقين في مواقف الدمج الشامل يحققون إنجازا أكاديميا مقبولا بدرجة كبيرة في الكتابة، وفهم اللغة، واللغة الاستقبالية أكثر مما يحققون في مدارس التربية الخاصة في نظام العزل.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

أضف إلى ذلك أن العمل مع الطفل المعاق وفق نظام الدمج يعتبر فرصة للمعلم لزيادة الخبرات التعليمية والشخصية.. فالدمج يتيح الفرصة الكاملة للمعلم للاحتكاك بالطفل المعاق – والطريقة التي تستخدمها للعمل مع الطفل مفيدة أيضاً مع الطفل العادي الذي يعاني من بعض نقاط الضعف.

فوائد الدمج الاجتماعية:

للدمج فوائد اجتماعية متعددة:

- أنه ينبه كل أفراد المجتمع إلى حق المعوق في إشعاره بأنه إنسان وعلى المجتمع أن ينظر له على أنه فرد من أفراده، وأن الإصابة أو الإعاقة ليست مبرراً لعزل الطفل عن إقرانه العاديين وكأنه غريب غير مرغوب فيه.
- أن دمج الأطفال المعاقين مع أقرانهم العاديين له قيمة اقتصادية تعود على المجتمع إذ توظف ميزانية التعليم بشكل أكثر فاعلية بوضعها في مكانها الصحيح وبما يود على الأطفال بفوائد كبيرة.. فتحول الانفاق من الاستخدامات التعليمية غير المناسبة (مثل: استخدام وسائل النقل لمسافات طويلة للوصول إلى المدارس الخاصة).

ونلخص فيما يلي فوائد ومردود الدمج على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وانعكاساته الغير مرغوب فيها على هؤلاء الأطفال وأيضاً انعكاساته على الأطفال العاديين كما يلي:

أ. فوائد ومردود الدمج على الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة:

- زيادة الدافعية.
- زيادة الثقة بالنفس.
- تطور التفاعل الاجتماعي.
- تحسن في المستوى الأكاديمي.
- تكوين الأصدقاء.
- زيادة الحصيلة اللغوية.
- تحسن مستوى التعاون.
- تحمل المسئولية التوافق المهني.
- تحسن المهارات الاستقلالية.
- تحسن مفهوم الذات.
- إنجاز المهمة.
- تعديل السلوك.

ب. انعكاساته الغير مرغوب فيها على الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة:

- الإحباط.
- الفشل.
- العدوان.
- الهروب.
- الخوف من المدرسة وكراهيتها.
- الانطواء.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- العناد والعصيان.
- السرحان.

ج. **انعكاساته على الأطفال العاديين:**

- مسامحة وتقبل الآخرين.
- الزيادة في تقبل الفروق الفردية.
- زيادة تحمل المسئولية.
- المبادرة في تقديم المساعدة.
- زيادة الوعي الصحي.

أثر الدمج التعليمي على المجتمع:

رغم وجود مؤسسات تعليمية خاصة تقدم الرعاية للأطفال المعاقين بتكلفتها العالية التي ليست في متناول الكثير من الأسر إضافة إلى أنها لا تخدم سوى 5٪ من الأطفال المعاقين ولكن هؤلاء الأطفال يظلوا معزولين داخل المؤسسات بعيداً عن أقرانهم والمجتمع! وهذه العزلة تؤدي إلى إعاقة في نموهم النفسي والاجتماعي مما ينتج عنه استبعادهم عن المشاركة الفعالة في المجتمع.

أدرك التربويون في العصر الحديث أن المشكلة هي في المؤسسات التعليمية ونظامها وليست في الطفل فكان هناك العديد من التجارب التي أفادت بتطبيق الدمج كوسيلة لتحقيق مبادئ حقوق الطفل والتي تنادي في أولويتها بحق التعليم، لذا أنطلق مفهوم الدمج واتفق على أن يكون الوسيلة التي يحقق بها خطوات في تطوير البرامج التعليمية بالنسبة لمجتمع الأطفال فنضمن بذلك جودة ونوعية مميزة في التعليم وتطور في منظومة وهيكلية عمل المدرسة بكل كادرها وهو ما يتماشى مع رؤية وزارة التربية التي تنادي بتعزيز نوعية التعليم وتطبيق مبادئ الجودة الشاملةفي التربية وتعميق ترابطها مع متطلبات النهوض التنموي الشامل.

ما هو الدمج التعليمي؟

أن تقوم المدرسة بتقديم التعليم لجميع الأطفال مراعية فروقهم الفردية ومتطلباتهم التربوية فهو لا يعني إعاقة ومشكلات صحية وعجز لدى بعض الأطفال ولكنه وسيلة لتطوير النظام التعليمي وتغيير في طرق ووسائل التعليم بحيث تصبح ذات نوعية جيدة تتوافق وبيئة الطفل واحتياجاته فتصل للجميع دون استثناء.

لذا فنحن في تفكيرنا بالدمج التعليمي لابد لنا أن نفكر إلى أبعد من الإعاقة لأن الأطفال هم في مدارسنا عملياً ولكن مهملين ولكن ببرامج الدمج نكون قد وصلنا إلى جميع الأطفال وحققنا تكافؤ الفرص للجميع واستطعنا أن نتقدم بالعمل التربوي.

كيف نحقق الدمج التعليمي؟

لتحقيق الدمج لابد أن نشير بآلية تتضمن الآتي:

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- سياسات وقوانين وتشريعات تضمن حق جميع الأطفال في التعليم.
- إدارة مركزية ديمقراطية تسعى بآليات العمل لديها تحقيق عدم التميز ودم ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم من خلال نظام تعليمي ديمقراطي متجانس متطور يحقق أهداف الجودة الشاملة لها نظرة مستقبلية وهي الآن متمثلة بوحدة الدمج داخل هيكلية وزارة التربية.
- إدارة مدرسية متطورة مرنة متعاونة ومرحبة.
- كادر تدريسي مدرب لديه حافز التطوير الذاتي والإبداع يؤمن بتقبل الآخر ويحترم الفروق الفردية.
- بناء مدرسي مكيف يضمن حرية التنقل واللعب والتعليم آمن للجميع.
- كادر مدرسي يبدأ من المدير حتى عامل البوفية والنظافة واعي لديه ثقافة دمج هي التي تجعل من المدرسة النواة التعليمية المرحبة بكل الاختلافات.
- بيئة مجتمعية متعاونة تسعى لتطوير المدرسة داعمة لأنشطتها مساندة لكل ما يهدف إلى تطوير العمل لصالح الأطفال.
- استثمار فعال للموارد الفنية المتخصصة بالإعاقة وصعوبات التعلم والإبداع والتفوق لتكون المصدر الداعم للمدرسة عند الضرورة وطلب المعلم.
- استثمار فعال للموارد المحلية المحيطة بالمدرسة لصالح العمل المدرسي وذلك ضمن مختلف الفعاليات الاجتماعية.
- تقييم تشاركي لكل مراحل العمل.
- هذه الآلية لتحقيق الدمج التعليمي ليست مسئولية التربية بل المجتمع بكل فعالياته وخاصة الفعاليات الشبابية.
- مشاريع التأهيل في المجتمع المحلي والدمج التعليمي لتوضيح العلاقة بين التأهيل في المجتمع المحلي والدمج التعليمي لابد أن نلق نظرة على تعريف كل من الإعاقة – التأهيل – التعليم.

الإعاقة: كل مواطن بسبب خلل أو قصور جزئي أو كلي دائم أو طويل الأمد في النواحي الجسمية أو العقلية أو النفسية – فإنه بحاجة إلى عناية طبية وتعليمية اقتصادية قانونية وترتيبات ومعينات تهدف مساعدته للمشاركة في فعاليات المجتمع إلى أكبر قدر ممكن لتحقيق أعلى درجة من الاستقلالية والاعتماد على الذات واكتساب الكفاءة والأمان لمواجهة أي ضرر أو أذى.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

إننا من خلال التعريف السابق للإعاقة نجد المعوق يحتاج إلى تأهيل وتعليم لكي يكون فعالاً في مجتمعه.

التأهيل: تدريب المعوق على المهارات الذاتية التي تحقق الاستقلالية حسب حدود إعاقته وتدريبه على استخدام المعينات والأجهزة التي تساعده في مسيرة حياته اليومية لكل جوانبها والتأهيل هو دور الأسرة بالتعاون مع أخصائيين التأهيل في المجتمع المحلي وبيئة الطفل المحيطة به أو في المراكز المتخصصة بهدف تحضير الطفل للانخراط بحياته العملية في مختلف النواحي ولتحقيق دمجه بأسلوب وطريقة تتناسب مع إعاقته وهو الخطوة الأولى لدخوله المدرسة بعد ذلك ومتابعة حياته اللاحقة.

إن تأهيل المعاق قبل دخوله المدرسة من معايير الدمج التعليمي الناجحة فهي القاعدة الأساسية التي يجب أن تكون في مراحل الطفولة المبكرة السنوات الخمس التي تسبق دخول المدرسة لذا فبداية الدمج التعليمي الناجح هي من مرحلة الروضة وهذه البرامج التأهيلية تقدم للطفل وفقاً لظروف محيطة ومن البرامج الناجحة والموفرة تلك التي تعتمد على تأهيل المعوق في مجتمعه المحلي وبيئته المحيطة منطلقاً من الأسرة إلى فعاليات المجتمع المختلفة لذا نجد أن برامج المجتمع المحلي قاعدة من قواعد دعم الدمج في المراحل المدرسية القادمة لحياة الطفل لأنها تبني الأرضية المرحبة في كامل المجتمع لتصل إلى أحد فعالياته وهي: المدرسة لتأتي المرحلة التي تقدم بها البرامج التعليمية المرنة المتكيفة مع الاختلافات والبيئة المجتمعية الواعية المحيطة بها.

التعليم: هو مجموعة إجراءات تعتمد على نقل وتطوير المعرفة والمهارات والقيم ضمن أسس تربوية ثابتة (مناهج – نظام مدرسي – أسرة تعليمية...) مرنة تقدم نوعية وجودة شاملة تراعي كل الاختلافات متوافقة مع قاعدة مجتمعية واعية متقبلة للآخر، بعد هذه التعاريف نجد أن المجتمع المرحب هو ذلك المجتمع القائم على الثقافات الدمجية دون تحيز مراعياً فئاته بكل اختلافاتها وطبقاً للحقوق الإنسانية وهي ليس بالحلم البعيد ولكن الممكن من خلال تضامن وتعاون بين كل فعالياته كل حسب دوره ببرامج التأهيل في المجتمعات المحلية وهي إحدى المشاريع التي تعني بكل مشاكل وقضايا المجتمع وليس بالإعاقة فقط متكاملاً بتحقيق تكافؤ الفرص التعليمية للجميع.

لذا فلنتوجه لخلق مجتمعنا المرحب بتغيير في اتجاهاتنا وأفكارنا المسبقة عن الإعاقة والاختلافات إلى إدراكنا وقناعتنا إن المشكلة لا تكمن في المعوق والمختلف من الآخرين بل في فكرنا ونظرتنا التي نتخذها حيال كل مختلف بيننا وهذا ليس نداءنا فقط بل نداء كل المعايير الدولية ولنحافظ على حقه لا أن نخلق عراقيل في مسيرة حياته لكي نسلب منه حقه ونعود لنحن عليه به.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الباب الثاني

دمج المعاقين جسميًا وحركيًا مع أقرانهم العاديين

الفصل الرابع : دمج الأطفال ذو العوق الحركي مع العاديين
الفصل الخامس : دمج الأطفال ذو الشلل الدماغي مع العاديين

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الباب الثاني

دمج الأطفال المعاقين جسمياً وحركاً مع أقرانهم العاديين

الفصل الرابع

دمج الأطفال ذوالعوق الحركى مع العاديين

أولاً: مدخل الى الاعاقة الحركية

مفهوم الحركة:

الحركة هي النشاط وهي الشكل الأساسي للحياة وهي الطريقة الأساسية في التعبير عن الأفكار والمشاعر والمفاهيم وعن الذات بشكل عام ،فهي استجابة بدنية ملحوظة لمثير ما سواء كان داخليا أو خارجياً.وتعد الحركة من أقدم أشكال الاتصال والمشاركة الوجدانية، فلقد استخدمت من قبل الإنسان القديم لحماية نفسه وجماعته،فضلا عن إنها من أهم وسائل المرح والمتعة من ممارسة الأنشطة في وقت الفراغ والتي بدورها تؤدي إلى التخلص من التوتر والقلق والغضب.كما تعد الحركة من طرق التعلم قديما وحديثافهي تساعد الفرد على اكتساب الجوانب المعرفية وتشكيل مفاهيمه وحل المشكلات،و من خلالها أيضا تمكن الفرد من تحقيق اكتشافات عديدة في البيئة الاجتماعية والطبيعية مما ساعده ذلك على الاقتصاد بالجهد والحركات وتكيف أنماط حياته تبعا لذلك.

كما تعرف الحركة بأنها تعبيرعن القوة البد نيةوهي انعكاس للنواحي العقلية والنفسية وتعبير عن شخصية الفرد ،وهي أيضاًإحدى الوسائل الهامة لتربية الفرد تربية شاملة متزنة. والحركة هي أيضاً الفعل في التغيير المكاني، أي التحرك من مكان إلى مكان أخر بواسطة قوه خارجية.فالحركة تحدث أما بتأثير جسم على جسم أخر أي قوة خارجية أو تكون داخل الجسم (ذاتية) بتأثير قوة العضلات. والحركة المقصودة في مجال التربية الحركية هي الحركة الهادفة التي تؤدي إلى النشاط الملحوظ للعضلات الهيكلية ،أي الحركة الإرادية. وتكون الحركة بأشكال متعددة (دورانية، انتقالية، منتظمة وغير منتظمة ذات مرجحات أو بدون (توقفات)

أما أنواع حركة جسم الإنسان فتكون على أنواع عدة هي:

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

1. حركة (إرادية، لا إرادية)
2. حركة أساسية (مشي، رمي، ركض........الخ)
3. حركة رياضية(مكتسبة، مهارة)

والحركة تكون على نوعين هما:

1. الحركة الإيجابية:- وهي الحركة التي تكون باتجاه الهدف المطلوب.
2. الحركة السلبية:- وهي الحركة التي تكون اتجاهها ليس نحو الهدف المطلوب، وجميع الحركات البدائية تكون حركات سلبية.

وتقاس الحركة من خلال ثلاثة عوامل وهي:

1. الزمن وهو الوقت المستغرق بين النقطتين.
2. المجال وهو المركز المحصور بين نقطة وأخرى.
3. الديناميكية وهي القوة المحركة للجسم،فالقوة هي الأساس التي تحكم الحركة.

وتوجد عوامل عدة تؤثر على الحركة هي:

1. الأسس الوظيفية للجسم(العوامل الفسيولوجية وسلامتها، سلامة أجهزة الجسم)
2. العوامل النفسية(كالصفات الإرادية وتنمية روح الأخلاق والرغبة في العمل)
3. العوامل الوراثية (العوامل التي يحملها الفرد من جيل إلى آخر)
4. العوامل الاجتماعية والبيئية(كالمهن التي تجبر صاحبها على أداء نمط معين من الحركات)
5. المرض.

وتصبح الحركة فعالة عندما تتوافر العناصر آلاتية:

1. القدرات البدنية والحركية وتشمل (القوة، السرعة، المرونة، المهارة، التوازن،....الخ)
2. القدرات الحسية وتشمل(البصر،السمع اللمس،الشم التذوق، الإحساس الحركي)
3. عمليات الإدراك الحسي وتشمل (أدراك المكان والزمان، معلومات عن الجسم)

أما الفعاليات الحركية فتكون على عدة أنواع وهي:

أ. فعاليات الأسناد وتشمل: (إسناد الجسم، إسناد جسم خارجي)
ب. فعاليات التعلق وتشمل:-(التعلق من جسم ثابت، التعلق من جسم متحرك)
ج. فعاليات امتصاص القوة وتشمل:

- امتصاص قوة جسم الإنسان مثل (الهبوط، السقوط)

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- امتصاص الأجسام الأخرى مثل (الاستلام، المناولة في كرة السلة، الارتداد مثل حائط الصد بالكرة الطائرة)

كيف تحدث الحركة؟

يتحكم الجهاز العصبي في عمل جميع أعضاء الجسم ووظائفه من خلال توازن غير محسوس، حيث يتحكم في جميع العضلات الإرادية (الأطراف والجهاز الحركي) واللاإرادية (القلب، الجهاز الهضمي، الرئتين، وغيرها) من خلال الأعصاب النازلة (من الدماغ إلى الأعضاء) والصاعدة (من الأعضاء للدماغ) ، بالإضافة إلى وظائف أخرى، ويتكون الجهاز العصبي من ثلاثة أجزاء رئيسة هي :

- المخ (الدماغ)
- الحبل الشوكي
- الأعصاب المحيطية (الطرفية).

الجهاز العصبي في الإنسان عالم قائم بذاته، لم يكتشف العلماء سوى النزر اليسير من أسراره، جهاز بالغ التعقيد يتكون من ملايين الخلايا، التي تعمل بالليل والنهار، في اليقظة والمنام، من خلال أشارات كهربية غير محسوسة، لكي ينظم جميع أعمالنا ويتحكم بحركاتنا وأحاسيسنا وأفكارنا، وفي هذا الجزء سنحاول بإيجاز إعطاء نظرة عامة عن الجهاز العصبي بدون الدخول في التفاصيل، لكي تكون مساعداً على تفهم وظائفه وكيفية حدوث المشاكل والأعراض.

وظيفة الدماغ (المخ)؟ الدماغ (المخ) عضو بالغ التعقيد يتكون من ملايين الخلايا التي تعمل بالطاقة الكهربائية غير المحسوسة، ينظم جميع أعمالنا ويتحكم بحركاتنا وأحاسيسنا وأفكارنا، وله وظائف متعددة من أهمها:

- الذاكرة
- التفكير
- العواطف
- الإحساسات (اللمس، التذوق، الشم، الرؤية، السمع، وغيرها)
- الحركات الإرادية (تحريك عضلات الأطراف وغيرها من العضلات الإرادية)
- الحركات اللاإرادية (الجهاز الدوري كالقلب، الجهاز التنفسي، الجهاز الهضمي)

أجزاء الدماغ:

- يتكون الدماغ (المخ) من مجموعة متنوعة من الخلايا، تتصل مع بعضها البعض للقيام بعملها من خلال توازن وتنظيم غير محسوس، كما تتصل مع الأطراف من خلال

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الشبكة العصبية (الحبل الشوكي، الأعصاب الطرفية الحركية والحسية) ، ولكل جزء من الدماغ وظائفه المحددة، كما أن لكل مجموعة من الخلايا في منطقة معينة وظائفها الخاصة، ويعتبر قشر الدماغ المنطقة المسيطرة، ولكل منطقة منها وظيفتها المحددة

قشرة المخ: هي الجزء الخارجي من الدماغ، وتظهر لنا على شكل بروز وتلافيف وشقوق، والدماغ مقسم إلى جزئين منفصلين جزء أيمن والآخر أيسر، كما أن كل جزء مقسم إلى مناطق أو فصوص، وهي:

- الفص الجبهي (الأمامي)
- الفص الصدغي
- الفص الجداري
- الفص القنوي (الخلفي)

وفي كل جزء منهما (الأيمن والأيسر) مراكز متخصصة لكل عمل يقوم به الدماغ، قد يكون أحد الجزئين هو المسيطر، ولكنهما يعملان بتوافق وتناغم من خلال شبكة من الأعصاب التي تربط بينهما.

المراكز الحسية: المراكز الحسية هي مجموعة من الخلايا الموجودة في قشرة الدماغ وفي منطقة معينة منه، كل منها مسئول عن نوع معين من تلك الإحساسات، هذه المراكز توجد على جانبي الدماغ الأيمن والأيسر، ولكن عادة ما يكون أحدهما أكثر سيطرة من الآخر، ويوجد بينهما روابط عصبية للتنسيق بينها.

المراكز الحركية: المراكز الحركية هي مجموعة من الخلايا الموجودة في قشرة الدماغ وفي منطقة معينة منه، ولكل جزء من الجسم الخلايا الخاصة به، كما أن هناك أجزاء من الجسم لها خلايا أكثر من أجزاء أخرى أكبر منها في الحجم، وقشرة الدماغ الأيمن تسيطر على العضلات في الجزء الأيسر من الجسم، والجزء الأيسر يسيطر على النصف الأيمن.

وهناك إشارات (شحنات) كهربية تصدر من خلايا الدماغ، ومن خلال الألياف العصبية تتحرك إلى الأجزاء الأخرى من الدماغ، وإلى الحبل الشوكي ثم الأعصاب المحيطية (الطرفية) إلى العضلات الإرادية والعضلات اللاإرادية في جميع أجزاء الجسم، وعند وصول تلك الشحنات إلى العضلة المحددة يحدث لها انقباض وعند انتهاء الشحنة يحدث لها ارتخاء، وعندما تكون الشحنات متتالية فإن مدة الانقباض تزيد، تلك الشحنات الكهربية لجميع العضلات الجسمية موجودة باستمرار طوال اليوم في اليقظة والمنام، ولكن تختلف شدتها من وقت لآخر.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

كما أن هناك شحنات كهربية تصدر على مدار الساعة من العضلات إلى الدماغ للتبليغ عن وضعها بين الحركة والانقباض، والدماغ يقوم بتحليل تلك المعلومات وربطها مع بعضها البعض لمعرفة الوضع العام للجسم والاحتياج للتغيير وحفظ التوازن، كل ذلك يتم بالتنسيق مع الأجزاء الأخرى للدماغ.

أين مصدر الشحنات الكهربية؟ تعتبر القشرة الخارجية للدماغ هي المصدر الرئيسي للشحنات الكهربية،ولقد تم التعرف على مناطقها وخاصية كل منطقة منها، والتأثيرات الناتجة عن عطب كل منطقة منها، فعطب تلك المنطقة يؤدي إلى شلل في الطرف السفلي الأيمن مثلاً، وعطب تلك المنطقة يؤدي إلى شلل اليد اليسرى أو عضلات الوجه.

ما هو مقدار الإصابة؟ يعتمد مقدار الإصابة على حجم الخلايا العصبية المتأثرة وموقعها، وقد لا تكون الإصابة واضحة في الأشعة المقطعية للدماغ.

هل هناك عيوب في الدماغ؟في أغلب الحالات لا يوجد عيب ظاهر في الدماغ ولكن قد تكون هناك مناطق معينة (وقد تكون صغيرة جداً) معطوبة، ولكن وجود عيوب في تركيبة الدماغ مثل العيوب الخلقية قد تؤدي إلى الشلل.

المهارات الحركية لدى الأطفال العاديين:

يولد الطفل بمهارات وقدرات إنعكاسية لتحميه، وفي السنوات الأولى من العمر ينمو الطفل فكرياً وجسدياً، ويبدأ بإكتساب المهارات والقدرات ويفقد مع كل مهارة مكتسبة أحدى الإنعكاسات الطفولية، وقد يكون هناك إختلافات في المهارات بين طفل وأخر في نفس السن، ولكن هذه الفروق تزول تدريجيا، وهنا سنحاول تقسيم العمر إلى مراحل وتوضيح القدرات والمهارات لكل مرحلة وكيف تستطيع العائلة تلبية احتياجات الطفل وتنمية قدراته ومهاراته، والطفل المصاب بمتلازمة داون مثل الأطفال الآخرين يحتاج إلى الرعاية والعناية، وإن كان يحتاج إلى مدة أطول في التدريب.

وذلك كما يتضح فيما يلي:

المرحلة العمرية	القدرات	الاحتياجات
الشهر الأول	• النوم 20 ساعة أو أكثر • لا يسمع في الأيام الأولى ثم يبدأ بسماع الأصوات العالية ويفزع نها. • لا يستطيع التركيز بالنظر ولكن يميز بين النور والظلام. • يبكي خصوصاً عند الجوع والألم.	• الرضاعة، الدفء، الحنان، النظافة • يحتاج إلى المدهدة وان تقوم الأم بالكلام معه حتى يتعود على صوتها

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

المرحلة العمرية	القدرات	الاحتياجات
الشهر الثاني والثالث	• يقل النوم قليلاً • قادر على الابتسامة عن قصد، وإخراج الأصوات تعبيراً عن الرضا • قادر على السمع. • يميز وجه الأم عن غيرها، ويرى الأشياء الموجودة في مجال نظره. • يمكن أن يرفع رأسه قيلاً إذا وضع على بطنه ثم في وضع الجلوس.	• يحتاج أكثر إلى المداعبة والمناغاة، وإظهار الاهتمام به • ضعي أمامه الألعاب وحركيها له، سيتجاوب معك. • ضعي الخشخاشة في يده، فهو يستطيع مسكها وتحريكها وسماع صوتها. • يبدأ الإرتباط بالأم أكثر وأكثر.
الشهر الرابع إلى السادس	• يتابع الأشياء بنظرة ويحرك رأسه لمتابعتها. • يحرك رأسه يميناً ويساراً بإتجاه الصوت. • يتعرف على أمه، ويستغرب وجود الغرباء ويخاف منهم. • يضحك ويبكي. • يحرك يديه بشكل إرادي. • يمكنه الجلوس مسنوداً، وبذلك يقل تقوس الظهر	• التفاعل الاجتماعي مهم جداً في هذه المرحلة فيجب على الأم زيادة مداعبته والكلام معه بصوت هادئ. • يحتاج إلى الألعاب البسيطة، وأن تقوم الأم بمداعبته وتحريكه لتنمية هذه الحركات. • إبعاد الألعاب الخطرة عنه. • يستعمل راحة اليد لإمساك الألعاب وخاصة الكبيرة.
الشهر السابع إلى التاسع	• يقل النوم إلى 16-12 ساعة يوميا. • قادر على الجلوس لمدة قصيرة، ويبدأ في الحبو ويقف بمساعدة الغير. • لا يفهم الكلام، ولكن يستجيب لنبرة الصوت والتعبير كالعبوس والضحك • يعبر عن نفسه بالصراخ ويتكلم كلمات محدودة (ماما – بابا). • يلعب لوحده، ويمسك الأشياء الصغيرة بالإبهام. • لديه تنسيق جيد بين حركة اليد والعينين، ويستطيع نقل اللعبة من يد لأخرى. • يستطيع إمساك البسكويت وإطعام نفسه	• يحب الإختلاط مع الأخرين ولا يخاف منهم، وإن كان يحب اللعب لوحده. • يحتاج إلي الملاعبة والكلام، بالصوت والحركة. • ما زال يستخدم فمه للتعرف على الأشياء، فلا تعطيه العاباً صغيرة لكي لا يبلعها أويغص بها. • يستطيع الجلوس والحبو، وقد يقف بالمساعدة، فحاولي تشجيعه على القيام بذلك.
الشهر العاشر إلى إكمال السنة الأولي	• يستجيب بالالتفات عند سماع أسمه ويحس تعابير عدم الرضا • يتعلم التقليد وخصوصا الكلمات، وفي نهاية العام ينطق بابا وماما، وربما بعض الكلمات القليلة. • قادر على إظهار الخوف والغضب. • تزداد قدرته علي الحبو والوقوف، ويعتمد على الأشياء، وقد يبدأ المشي	• مع زيادة الحركة، أعطيه الفرصة للتعبير عن نفسه، ضعيه في أرضية مفروشة، وأتركيه يلعب و يتمرن على تلك الحركات، ساعديه على الوقوف والمشي. • أتيحي له فرصة مخالطة الأخرين، فهذا يساعده على التعلم بالتقليد. • يحتاج إلى الألعاب التي تحدث صوتاً والتي تتحرك وخصوصا الكرة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

المرحلة العمرية	القدرات	الاحتياجات
	• يلعب بالأشياء الصغيرة، فيستخدم الإبهام لمسكها، وينقلها من يد لأخرى. • يستطيع الأكل لوحده. • يجد متعة في رمي الألعاب، إعطاؤها وأخذها من الآخرين. • يقبّل الأشخاص إذا طلب منه ذلك.	• حدثيه ولاعبيه، فتلك دروس مهمة.
من السنة إلى السنة والنصف	• يستطيع المشي جيداً، ينهض بدون مساعدة، يصعد الدرج ممسكاً بالحاجز • يستطيع التمييز بين الأشياء وان كان لا ينطق بها، بل يشير إليها. • يتحكم في البراز، ويعبر عن البول نهاراً. • السلبية في التصرفات وتأكيد الذات تبدأ في هذا العمر وتستمر لعدة سنوات • يصل رصيده من الكلمات إلى حوالي 12 كلمة	• مجال الحركة الواسع لتعبير عن النفس • يجب أن تكون ملابسه واسعة ومريحة • كلميه ما أمكن بلغة بسيطة واضحة وصحيحة. • أشيري إلى الصورة أو الجسم، ورددي أسماءها بصوت واضح. • يحب لعبة المكعبات و السيارة المتحركة والدمى • يحب أن يكون اجتماعياً، ومازال يفضل أن يلعب بمفرده
من سنة ونصف إلى سنتين	• يجري، يصعد وينزل الدرج واضعا القدمين علي درجة واحدة. • يستطيع فتح الباب. • يبدأ التعبير بالكلمات، فيركب جملاً غير مترابطة • يستطيع عمل هرم من 6 مكعبات	• الحرية في الحركة واللعب • التعليم والتدريب باللعب • يحب الإختلاط مع الآخرين • يحب إستعمال أنا وأنت، فساعديه على التعبيرعنها • هذه المرحلة مهمة للمهارات اللغوية والأدراكية
من سنتين إلى ثلاث سنوات	• القوة الحركية في تطور فهو يستطيع الجري، يصعد الدرج بقدم واحدة لكل درجة • يتحكم بحركات أصابعه ويمسك الأشياء بها. • يبني هرما من 8 مكعبات • يهتم بنظافة نفسه ويأكل لوحده • يركب دراجة ذات الثلاث عجلات • مفرداته اللغوية غنية، ويستطيع وضع جملة مفيدة • يغني الأناشيد، ذاكرته تقوى، ويستطيع البحث عن ألعابه	• تشجيعه على الحركة واللعب • تشجيعه على الأكل لوحده • تعويده على الذهاب إلى دورة المياه، فقد اكتملت سيطرته على المبولة، ويستطيع أن يكون جافا ليلاً ونهاراً • يحب سماع القصص والأناشيد (أشياء يعرفها وبلغة بسيطة) • أعطيه ورقة وقلماً فهو يستطيع أن يخربش، وذلك لتعويد يده على الحركة • يحب عمل الرسوم المجسمة والمكعبات. • في كل مرحله عمريه، تذكري إجرآت السلامة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

المقصود بالعوق الحركي:

هو عوق يحرم التلميذ من القدرة على القيام بوظائفه الجسمية والحركية بشكل عادي مما يستدعي توفير خدمات متخصصة تمكنه من التعلم. ويقصد بالعوق هنا أي إصابة سواء كانت بسيطة أو شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات أو الحالات الصحية التي تستدعي خدمات خاصة

ثانيا:مظاهر النمو الحركي والفكري للطفل

نمو الطفل الحركي والفكري ومظاهره عملية معقدة ومستمرة التغير، فالأطفال الصغار يمرون بالكثير من التغييرات الجسمية والفكرية وبشكل مستمر، فإذا كان من السهولة التعرف على أمراض الأطفال الشائعة فإن من الصعوبة التعرف على مشاكل التطور والنمو، فلا يوجد طفلان ينموان بنفس السرعة، ولكن المتخصصين في المجال الطبي يمكن أن يتكهنوا بمراحل النمو في كل مرحلة عمرية، والوالدان يستطيعان أن يأخذا من هذه العلامات العمرية مقياس للحكم على تطور الطفل ومعرفة وجود أي انحراف، ومن ثم طلب المساعدة.

المراحل العمرية الموضحة في هذه الإرشادات هي عبارة عن مدى...... وليست وقت محدد، أي أن الطفل يعمل شيئاً ما عند الشهر الثالث مثلاً مما يعني أن الطفل يمكن أن يفعل تلك الأشياء قبل الشهر الثالث أو بعدها بقليل، لذلك فإنه يجب ملاحظة الطفل لمدة شهر كامل عندما يراد معرفة مقدرته على عمل فعل معين محدد بمرحلة عمرية محددة، كما يجب أن نتذكر أن وجود الجواب بالنفي (لا) لأي من الأسئلة القادمة لا يعني أن طفلك لديه مشاكل في النمو، فأغلب الأطفال يمرون ببعض المراحل الصعبة خلال نموهم.

العمر	العبارة	نعم	لا
3 أشهر	• عندما يستلقي طفلك على ظهره، هل يحرك كلتا يديه ورجليه بصورة متساوية؟ • هل يعمل طفلك أصواتاً مثل النغنغة، القرقرة (أصوات متقطعة) او اي أصوات غير البكاء؟ • هل يدي طفلك دائماً مفتوحة؟ • عندما تحملين طفلك وتضعيه في وضع الوقوف هل يستطيع جعل رأسه معتدلاً لفترة قصيرة؟		
6 أشهر	• هل رأيت طفلك يلعب بيديه، ويلمس أحدهما بالأخرى؟ • هل أنقلب طفلك مرتين على الأقل من وضع البطن إلى الظهر، أو العكس؟ • هل يتفاعل طفلك مع الأصوات؟ • هل يستطيع طفلك رؤية الأشياء الصغيرة مثل قطعة صغيرة من الخبز؟		

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

العمر	العبارة	نعم	لا
9 أشهر	• عندما يلعب طفلك وتأتين من خلفه بهدوء، هل يدور برأسه في بعض المرات كأنه سمعك، في إتجاه الصوت؟ • عندما تحملين طفلك من إبطيه (تحت الذراعين) هل يستطيع تحمل جزء من وزنه على رجليه؟ • عندما يكون الطفل على بطنه، هل يستطيع أن يمد يديه إلى الأمام ويرفع جسمه؟ • هل يستطيع طفلك حمل رضاعته، وإرضاع نفسه؟		
12 شهراً	• عندما تختفين خلف شيء ثم تظهرين مرة أخرى، هل ينظر إليك طفلك؟ أم هل ينتظر ويتحرى ظهورك مرة أخرى؟ • هل يعمل طفلك أصوات مثل: ماما أو دادا؟ • هل يستطيع طفلك الحبو على يديه وركبتيه؟ • هل يستطيع طفلك الشّد لكي يقف؟ • هل يستطيع طفلك قول كلمة واحدة؟ • هل يستطيع طفلك المشي معتمداً على الأثاث؟ • هل يستطيع طفلك تحديد مكان الصوت بإلتفاتة من رأسه؟		
18 شهراً	• هل يستطيع طفلك الإمساك بكأس عادي أو كوب، والشرب منه بدون إنسكابه؟ • هل يستطيع طفلك المشي عبر الغرفة بدون السقوط أو التمايل من جانب لآخر؟ • هل يستطيع طفلك المشي بدون دعم أو مساعدة؟ • هل يستطيع طفلك قول كلمتين؟ • هل يستطيع طفلك خلع حذائه؟ • هل يستطيع طفلك إطعام نفسه؟		
سنتين	• هل يستطيع طفلك قول ثلاث كلمات على الأقل غير (ماما، دادا) والتي تعني نفس المعنى في كل مرة تقال؟ • هل يستطيع طفلك خلع ملابسه مثل البيجامه (القطعة العلوية والسفلية) أو السروال؟ (الحفاض، القبعة، الطاقية، الشراب) • هل يقدر طفلك على الجري والركض بدون السقوط؟ • هل يقدر طفلك على مطالعة الصور في كتاب للصور؟ • هل يقدر طفلك على إخبارك عن ما يريد؟ • هل يقدر طفلك على ترديد الكلمات التي يقولها الآخرون؟ • هل يقدر طفلك على الإشارة على أحد أجزاء جسمه عند الطلب منه ذلك؟		

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

العمر	العبارة	نعم	لا
ثـــلاث سنوات	• هل يستطيع طفلك تسمية صورة واحدة على الأقل عندما تنظرون إلى كتاب عن الحيوانات سوياً؟ • هل يستطيع طفلك رمي الكرة من فوق الرأس (وليس رمية جانبية) إلى جسمك من مسافة خمسة أقدام (متر تقريباً)؟ • هل يستطيع طفلك الإجابة على بعض الأسئلة البسيطة؟ • هل يقدر طفلك على المساعدة في إبعاد بعض الأشياء؟ • هل يقدر طفلك على معرفة جنسه (ذكراً أم أنثى)؟ • هل يستطيع طفلك تسمية أحد الألوان؟		
أربـــع سنوات	• هل يستطيع طفلك قيادة عجلة بثلاث، لمسافة مترين إلي الأمام؟ (عشرة أقدام) • هل يقدر طفلك على لعب لعبة الأستغماية، حيث يأخذ دوراً، ويتبع التعليمات؟ • هل يستطيع طفلك تسمية صورة في كتاب أو مجلة؟ • هل يستطيع طفلك إخبارك عن حركة في صورة؟ • هل يقدر طفلك على إستخدام فعل حركه في كلمة؟ • هل يلعب طفلك مع شخص تخيلي (غير موجود)؟		
خمـــس سنوات	• هل يستطيع طفلك فك وتثبيت أزراره، أو أزرار لعبته ؟ • هل يتفاعل طفلك جيداً عندما تتركينه مع الغرباء أو مربية الأطفال؟ • هل يستطيع طفلك تسمية ثلاثة ألوان؟ • هل يستطيع طفلك فك رباط الحذاء؟ • هل يستطيع طفلك النزول من الدرج كل قدم لوحدها في درجة مستقلة؟ • هل يستطيع طفلك القفز الواسع؟ • هل يستطيع طفلك الإشارة وأنت تشير إلى ثلاث أشياء مختلفة؟ • هل يستطيع طفلك تسمية عملة معدنية بالضبط؟		
ســـت سنوات	• هل يستطيع طفلك ألباس نفسه كاملاً بدون مساعدة؟ • هل يستطيع طفلك الإمساك بكرة صغيرة مرمية عليه مثل كرة التنس، مستخدماً يديه فقط؟ (الأحجام الكبيرة لا تحتسب) • هل يستطيع طفلك نسخ رسم دائرة؟ • هل يستطيع طفلك تحديد عمره بالضبط؟ • هل يستطيع طفلك ترديد أربعة أرقام بالتتابع الصحيح؟ • هل يستطيع طفلك الوثب بقدمين؟		

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

يقوم الوالدين في منزلهم ولمدة أيام وأسابيع بملاحظة هذه النقاط في سلوكيات الطفل، هذه المظاهر البسيطة هي مؤشر على تطور ونمو الطفل الصحيح، أو أن هناك شيء ما خاطئ، الإجابة بـ(لا) لأي من الأسئلة السابقة قد تكون علامة تحذير، فلابد من مراعاتها، وتذكروا أن هذه المظاهر هي مجرد نقاط للمساعدة وليس نقاط اختبار للتطور والنمو.

التطور الحركي والفكري

يولد الطفل بدون أن يكون لديه أي قدرات سوى بضع غرائز وانعكاسات إنفعالية كمص الأصابع، ومنذ اليوم الأول يبدأ في تكوين القدرات الحركية والفكرية، ومع إكتساب كل مقدرة يفقد الطفل إحدى الانعكاسات الانفعالية والحركات البدائية، أي انه في كل مرحلة عمريه هناك مكتسبات وهناك مفقودات لإنتفاء الحاجة إليها.

إذا علمنا أن وزن المخ عند الولادة هو 400 جرام، وفي سن الرابعة هو1400 جرام عرفنا أهمية هذه المرحلة من العمر، فمع نمو المخ تنمو الأعصاب والأحاسيس، كما تنمو المهارات والقدرات، فالزرع يحتاج إلى الماء لنموه، كذلك القدرات والمهارات تحتاج إلى التدريب والتعليم، والبيئة التي يعيش فيها الطفل هي المصدر الأساسي لذلك، وبقدر هذا التدريب يكون نمو القدرات والذكاء، ولكل مرحلة نموها الفكري والعضلي، وقدراتها الذهنية والحركية.

مستوى التطورالحركي و الفكري: هي القدرات والمهارات المتوقع وجودها في مرحلة معينة من العمر، وهناك إختلافات فردية بسيطة بين الأطفال في كل مرحلة، فالبعض يتكلم أو يمشي قبل الآخر، ولكن هذا لا يعتبر تخلفاً، فإكتساب المهارات يتأثر بعوامل كثيرة حول الطفل مثل الإختلاط بأطفال في سنه وطريقة التربية إضافة إلى التركيب الجيني والوراثي.

منشأ التطور الحركي والفكري: لبناء القدرة والمهارة يحتاج الطفل إلى شروط عديدة من أهمها النضج والتعليم الملائم، فالنضج يعني إكتمال الإحتياجات العصبية والعضلية، والتعلم الملائم هو إكتساب مهارة معينة تتبعها أخرى كطلوع درجات السلم درجة درجة، ولكل مرحلة عمريه قدراتها، فالطفل الذي لا يسمع لا يمكن أن يتكلم، ويحتاج إلى إكتساب القدرة على الجلوس قبل المشي، وتلك تحتاج إلى وجود التوازن وإنتفاء الإنعكاسات البدائية، وفي هذه المراحل يحتاج الطفل إلى التعليم والتدريب، وأن يتم إستخدام تلك المهارات ما أمكن وزيادتها بالتدريج، وهنا تلعب الأسرة الدور الأكبر في بناء هذه المهارات والقدرات، وإهمال الطفل يؤدي إلى توقف البناء وحدوث نقص أو زيادة التخلف الحركي والفكري.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

معوقات التطور الحركي والفكري: يعتبر الشلل الدماغي أحد معوقات التطور الحركي والفكري للطفل،فهذا الطفل يكتسب القدرات الحركية واللغوية كالأطفال الآخرين، ولكن هناك معوقات لتطور الحركة والفكر لديه نوجزها في ما يلي :

- وجود تخلف فكري بدرجات متفاوتة (حسب نوع ودرجة الإصابة).
- إرتخاء أو تيبس العضلات.
- وجود الحركات غير الإرادية وعدم التوازن.
- قد يكون هناك تأثر في السمع أو البصر.
- تأخر المهارات اللغوية و النطق.

هذه المعوقات بالإضافة إلى ضعف القدرات التعبيرية تجعل الترابط بين الطفل ومجتمعه ضعيف، ومن هنا تزداد الفرقة بينه وبين من يربيه خاصة أمه، ويبدأ الإهمال فتتوقف قدراته الفكرية والحركية عن البناء ويزداد الجفاء، ومن ثم الدخول في مرحلة الإحباط النفسي للطفل والأم، ومن هنا يجب التأكيد مرات على دور الأسرة عموماً والأم خصوصاً الذين يستطيعون بالصبر والمثابرة على التدريب والتعليم تنمية قدرات الطفل المصاب، وبها يمكن تخفيف درجة التخلف الحركي والفكري، وعن طريقة التدريب يمكن زيادة قوة العضلات ومن ثم القدرات الحركية.

مظاهر التخلف الحركي والفكري: المصابين بالشلل الدماغي قد تكون لديهم صعوبات حركية، وقد يكون هناك حركات لا إراديه مع عدم القدرة على حفظ التوازن كلها تؤدي إلى إعاقة و تطور نموهم الحركي، كما قد تكون هناك مشاكل أخرى تعيق تطورهم الفكري وتواصلهم مع المجتمع مثل نقص السمع ومشاكل البصر، ويخشى الأهل في أنه إذا تخلف أبنهم عن إكتساب أحدى المهارات في سن معينة أن يكون السبب هو التخلف الفكري ولكن هذا غير صحيح على العموم، فتأخر المشي والكلام عن سن معينة قد يكون طبيعياً، والطفل المتأخر فكرياً يتأخر في بلوغ مجموعه من المهارات التي عادة ما يكون أقرانهم قد حصلوا عليها، ومن هنا يأتي دور الأهل في التعليم والتدريب، وللقيام بالتشخيص يحتاج الأمر إلى مراجعة الطبيب، وهناك علامات معينه للتخلف قد تساعد الأهل على طلب المساعدة الطبية :

- تأخر ظهور الابتسامة (الأسبوع السادس).
- أن لا يكون الطفل أجتماعي مع من حوله (الشهر الثالث).
- تأخر الكلام.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- ضعف الذاكرة وعدم التركيز.
- عدم القيام بالحركات الجسمية لكل مرحلة عمريه.

تقييم التطور الحركي والفكري

يعتمد التقييم على شرح الوالدين لما يقوم به الطفل من حركات وقدرات، وفي أي مرحلة عمرية بدأ، ويحتاج الأمر إلى أسئلة متنوعة، بعضها عن الماضي وأخرى عن الحاضر، وبذلك يمكن رسم صورة للتطور الحركي والفكري لمعرفة حياة الطفل في المنزل وتطوره، ومن تلك الأسئلة :

- ما هي أنواع الأغذية التي يأخذها في كل مرحلة عمريه؟
- ما هي الأمراض التي أصابته؟
- كيف هي صحته العامة؟
- ما الذي يستطيع أن يقوم به من حركات وانفعالات؟ وغيرها
- ومن ثم يقوم بالكشف الإكلينيكي

من خلال تلك المعلومات يستطيع رسم صورة كاملة عن حالة الطفل وتطوره الفكري والحركي.

أهداف التقييم

- رسم صورة واضحة عن تطور الطفل كجزء من الرعاية الصحية للطفل.
- اكتشاف أي مشاكل صحية تعيق تطوره الفكري والحركي، وعلاجها في وقت مبكر
- اكتشاف أي تأخر في النمو الفكري والحركي
- مساعدة الأهل وإرشادهم لطرق العلاج
- مساعدة الأهل للتفريق بين تأخر التطور والاختلافات الفردية

نقاط التقييم:

عدم حصول أي حركة أو مهارة في سن معينة لا تعني التخلف، فالأبكم قد يكون سليماً في جميع المهارات ما عدا المهارات اللغوية، لذلك وزعت المهارات إلى خمس مجموعات، حيث يمكن تقييم كل مجموعة ووضع السن المقابل لها، ثم ملاحظتها، لإعطاء الصور الكاملة، وهذه المجموعات هي:

1. المهارات الحركية الكبرى Gross Motor Skills
2. المهارات الحركية الدقيقة Fine Motor Skill
3. مهارات الفهم والإدراك Cognitive Skills

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

4. المهارات اللغوية Language Skills
5. المهارات الاجتماعية والانفعالية Skills Social & Emotional

وسوف نقوم برسم صورة عامة عن تلك المهارات لكي تساعد الوالدين على أكتشاف أي تغير أو انحراف عنها، ولكن لا بد من الأقتناع بكلام طبيب الأطفال عند المناقشة لوجود مجال واسع للأختلاف بين الأفراد.

1. مهارات الحركة الكبرى Gross Motor Skills

هي مجموعة من الحركات المعتمدة علي العضلات الكبرى في الجسم، ومقدرتها على الحركة ضد الجاذبية الأرضية، فمع النمو العصبي لهذه العضلات، المتدرج من الرأس إلى الصدر والبطن ثم الأطراف، يمكن لهذه العضلات القيام بالحركات التوافقية، حركة موزونة، حيث يكون هناك انقباض لمجموعة من العضلات وفي نفس الوقت ارتخاء للعضلات المعاكسة لها، وقد تتواجد بعض الحركات لهذه العضلات منذ الولادة، وهي الحركات الطفولية الانعكاسية التي تعمل لحماية الطفل في تلك المرحلة، والتي تختفي مع ظهور الحركات التوافقية.

ما هي علامات تأخر هذه المهارات؟

- استمرار الحركات الطفولية الانعكاسية بعد وقتها المحدد
- عدم التحكم في الرأس في عمر 6 أشهر
- عدم وجود الحركات الحمائية المكتسبة في عمر 8 أشهر
- زيادة انقباض العضلات عند سحب الطفل من يديه لوضع الجلوس

مهارات الحركة الكبرى في الطفل العادي:

- الحركة المكتسبة و السن المتوقع اكتسابها بالأشهر
- الانقلاب من البطن إلى الظهر (الاستلقاء) 3 4- أشهر
- الانقلاب من الاستلقاء إلى البطن 54- شهرا
- الجلوس لمدة قصيرة 65- شهرا
- الوقوف على الرجلين مع الاعتماد على الآخرين 65- شهرا
- الجلوس بدون مساعدة ولمدة طويلة 87 - شهرا
- يزحف 87 - شهرا
- يحبو 108- شهرا
- الوقوف لوحده 11 شهرا

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- المشي ثلاث خطوات 12 شهرا
- المشي جيدا 15 شهرا
- يركض 24 شهرا
- طلوع الدرج درجة واحدة كل مرة 24 شهرا
- رفس الكرة بالقدم 24 شهرا
- طلوع الدرج خطوة خطوة 3630- شهرا
- استخدام الدراجة بثلاث عجلات 36 شهرا
- القفز باستخدام قدم واحدة 48 شهرا
- القفز الطويل باستخدام القدمين 48 شهرا
- ركوب الدراجة بعجلتين 60 شهرا

2. **مهارات الحركة الدقيقة Fine Motor Skills**

هي مجموعة الحركات المعتمدة علي العضلات الإرادية الصغيرة وخصوصا في اليدين، وهذه الحركات قد تكون بسيطة أو معقدة، معتمدة علي الإدراك الحسي لعمل ما، وقد يحتاج العمل إلى وجود النظر وتطوره للقيام بهذه الحركات.

ما هي علامات تأخر المهارات؟

- استمرار قبضة اليد الطفولية
- عدم وجود المسكة الكماشة الدقيقة في عمر 12 شهراFine pincer
- عدم المقدرة علي نسخ خط مستقيم في عمر 3 سنوات

مهارات الحركة الدقيقة في الطفل العادي؟

الحركة المكتسبة والعمر المتوقع لاكتسابها بالأشهر

- الوصول إلى الأشياء 3 أشهر
- قبض الأشياء وإحضارها إلى الفم 4 شهرا
- ينقل الأشياء من يد إلى أخري4 – 6 شهرا
- يقبض الأشياء باستخدام راحة اليد الكبرى 7 شهرا
- يقبض الأشياء باستخدام الأصابع 9 شهرا
- استخدام الأصابع كماشة لمسك الأشياء 129- شهرا
- يرسم خربشة 15 شهرا

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- يبني2-4 مكعبات 18 شهرا
- يبني 8 – 10 مكعبات 30 شهرا
- نسخ صور دائرة 36 شهرا
- استخدام المقص 36 شهرا
- رسم الوجه 36 شهرا
- نسخ صورة مربع 48 شهرا
- نسخ صورة مثلث 60 شهرا
- رسم صور شخص بوجه وجسم وأطراف 60 شهرا

3. مهارات الفهم والادراك Cognitive Skills

هي مجموعة القدرات والمهارات التي تعتمد علي نضوج مراكز الفكر والإحساس مثل مراكز التعلم، الاستقبال، الإدراك، ليتم عن طريقها استخدام الأحاسيس والحركات بتوافق، لإعطاء التعبير الواضح والمنطقي للحركة.

ما هي علامات تأخر الفهم والإدراك؟

- عدم الانتباه أو الاهتمام بما حوله، أو الأصوات المنبعثة في السنة الأولي من العمر.
- نقل الألعاب والأشياء إلى فمه عند بلوغه السنة.
- عدم مقدرته علي اللعب السليم في عمر السنتين
- تأخر النطق والتواصل مع الآخرين.

مهارات الفهم والإدراك في الأطفال الطبيعيين :

- الحركة المكتسبة والعمر المتوقع لاكتسابها بالأشهر
- متابعة الجسم المتحرك 84- أشهر
- استخراج لعبة مخفية 129- شهرا
- ترتيب اللعبة بعد تخريبها 1812- شهرا
- القيام بحركات منطقية 1812- شهرا
- اللعب المنطقي مع الدمية 2418- شهرا
- الاعتماد على التفكير الفردي والاستقلالية 6024- شهرا
- اعتماد الظهور وإبراز النفس 6024- شهرا

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

4. المهارات اللغوية Language Skills

هي المقدرة على الكلام والتعبير، معتمدة علي وجود جهاز سليم للاستقبال (السمع) وجهاز ناقل (الأعصاب) إلى مركز سليم (المخ) وأجزاء الصوت والكلام (اللسان، الحنجرة، الفم) ليستطيع بها التعبير بالكلام

ما هي علامات التأخر اللغوي؟

- عدم الاهتمام بالأصوات في عمر 4 أشهر
- عدم وجود أصوات أو نغنغة في عمر 8 أشهر
- عدم وجود أي كلمات منطوقة في عمر سنة ونصف
- وجود كلمات قليلة محددة في عمر السنتين
- عدم النطق بجملة مفيدة في عمر الثلاث سنوات
- وجود اللعثمة في عمر خمس سنوات

المهارات اللغوية في الأطفال الطبيعيين :

- الحـركة المكتسبـــة والعمر المتوقع لاكتسابها بالأشهر
- يسمع الأصوات من شهر – شهرين
- يوغوغ 2–3 أشهر
- الالتفاف للأصوات 6 شهرا
- الالتفاف عند ذكر أسمه 129- شهرا
- يفهم معنى الكلمة خصوصا لا 129- شهرا
- إطلاق صوت ماما، بابا 129- شهرا
- يسمع ويعرف أجزاء جسمه 18 شهرا
- يستخدم كلمة واحدة (كلمات كثيرة)1812- شهرا
- يعرف الأشياء باسمها 1812- شهرا
- يستخدم كلمتين مع بعضهما 2418- شهرا
- يؤشر على الصورة 24 شهرا
- يستخدم ثلاث كلمات في جملة 24 شهرا
- يعرف الألوان 36 شهرا
- يجيب على الأسئلة ويسأل 36 شهرا

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- يفهم ويعبر عمّا في محيطه 60 شهر شهرا

5. المهارات الاجتماعية والانفعالية Social & Emotional Skills

وهي الحركات التي يقوم بها للتعبير عن ارتباطه بالمجتمع من حوله، وذلك من خلال ارتباطه بالآخرين، اللعب الجماعي، إحساسه بوجوده وكينونته.

ما هي علامات تأخر المهارات الاجتماعية والانفعالية؟

- عدم التفاعل مع الآخرين
- قلة الارتباط من خلال النظر
- قلة الاستجابة لمشاعر وملاعبة الوالدين
- عدم الابتسام بعد سن 3 اشهر
- عدم القدرة على التقليد في عمر 18 شهرا

المهارات الاجتماعية والانفعالية في الطفل السليم؟

- الحركة المكتسبة والعمر المتوقع لاكتسابها بالأشهر
- يتعرف على والديه 6 اشهر
- يخاف من الأغراب 96- شهرا
- يحب وجود الأطفال ولكن يلعب وحيداً 1512- شهرا
- يهتم بغذائه ويرضع نفسه 1512 - شهرا
- يبتسم للآخرين ويقلدهم 2418- شهرا
- يعرف أسمه 24 شهرا
- يتعاون ويلعب مع الآخرين 36 شهرا
- يتعلم تغيير ملابسه 48 شهرا

ثالثا : متطلبات دمج الاطفال ذو العوق الحركي مع العاديين

التدخل المبكر:

التدخل المبكر هو تقديم الخدمات الطبية والاجتماعية والتربوية للأطفال دون السادسة من العمر والذين لديهم قابلية لحدوث التأخر الحركي أو المعرفي في أحد المجالات التالية:

- المجال الحركي
- المجال اللغوي وصعوبات التعلم
- المجال الأجتماعي والسلوكي

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- مجال العناية بالذات

مبررات التدخل المبكر

هناك العديد من المبررات للتدخل المبكر من أهمها :

- التدخل المبكر ذو جدوى اقتصادية لإنه يقلل النفقات على المدى الطويل
- التعليم المبكر أسهل وأسرع من المراحل العمرية التالية
- مظاهر النمو متداخلة وعدم معالجة إحداها قد تؤدي إلى الإضرار بمظاهر أخرى.
- التدخل المبكر يمنع الكثير من العقبات والصعوبات النفسية
- إزالة بعض الظواهر المكتسبة عند حدوثها تلاقي الكثير من الصعوبات

الإطار العام للتدخل المبكر

قبل البدء في برنامج التدخل المبكر يجب تغطية الجوانب الرئيسة التالية :

- دراسة حالة الطفل الحركية والفكرية
- دراسة وضع الأسرة من جميع النواحي
- تحديد الاحتياجات الخاصة للطفل
- وضع البرنامج بالتعاون مع الأسرة

العناصر الأساسية للتدخل المبكر

لاختيار البرنامج المناسب يجب على المجموعة العلاجية التركيز على النقاط التالية:

- الاحتياجات الخاصة للطفل
- الاحتياجات الخاصة للأسرة
- الأهداف طويلة المدى
- الأهداف قصيرة المدى
- القيود والصعوبات
- المواد المتاحة
- أساليب وطرق التنفيذ
- التخطيط للمتابعة والتقويم

متى يبدأ تعليم الطفل؟

الأطفال العاديين يبدأ تعليمهم المدرسي في سن السادسة تقريباً، ولكن المصابين بالشلل الدماغي يحتاجون إلى التعليم والتدريب في سن مبكرة جداً قد تبدأ بعد الولادة مباشرة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

التعرف على الطفل والتعامل معه

الوالدين والعائلة يستطيعون بناء الطريق للتعامل مع هذا الطفل، بمعرفة قدراته والتعامل في حدودها، وعدم طلب منه ما يفوق قدراته فتلك لها انعكاسات سلبية، وإن بناء قدراته تعتمد على العائلة التي تستطيع جعله في وضع أفضل بالتدريب والصبر، وان الحب والحنان جزء مهم لزيادة الترابط.

ماذا تستطيع العائلة عمله لطفلها؟

الأسرة هي المدرسة الأولى في الحياة، والتعليم والتدريب يبدأ بجرعة من الحب، فالطفل مهما كانت درجة إعاقته الحركية والفكرية يفهم ما يدور حوله، فالعائلة تستطيع إعطاء طفلها المهارات الأساسية، والمراكز المتخصصة والمدارس تستطيع مساعدة الوالدين وتوجيههم.

تهيئة الطفل لعملية الدمج:

يحتاج الطفل إلى التدريب الحركي والتعليمي والسلوكي في كل مرحلة من مراحل حياته، ومن أهم نقاط التدريب الأساسية:

- التدريب على الحركة
- التدريب على التواصل والنطق
- التدريب على قضاء الحاجة في الحمام
- التدريب على العناية بالنفس (تغيير الملابس، غسيل الوجه والبدن، تنظيف الأسنان)
- التغذية (طريقة الأكل، استخدام الأواني، أوقات ونوعيات الأكل)
- المساعدة في المنزل
- الرياضة بأنواعها

كيفية التدريب؟

كلما كان تدخل الأهل مبكراً ومكثفاً كلما كانت فرص التحسن أكثر وأكبر، وهذا التدخل بالتدريب يجب أن يكون واضحاً مستمراً وبإتجاه واحد، وتربية الطفل المصاب بالشلل الدماغي لا تختلف عن تربية بقية الأطفال، ولكنها تحتاج إلى المثابرة والصبر، فالأهل يستطيعون أن يعلموا طفلهم الكثير من المهارات البسيطة اليومية والتعامل الاجتماعي، وهناك نقاط لابد من توضيحها :

- الطفل يتعلم بسرعة إذا كان ما يتعلمه فيه متعة
- الطفل يرغب في التشجيع والمكافأة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- الطفل يتعلم المهارة الجديدة إذا جزئت إلى خطوات بسيطة بدلاً عن دفعة واحدة
- مساعدة الطفل على أداء المهارة ثم تقليل الاعتماد بصورة تدريجية
- تعليم المهارة الأبسط ثم التدرج إلى أنواع أخرى (درجة درجة)
- لكل مرحلة عمرية قدراتها ولكل طفل قدراته الخاصة
- المثابرة والصبر فقد تحتاج المهارة الواحدة مدة طويلة

التقييم التربوي النفسي للمعوقين بدنياً وحركياً:

إن نسبة غير قليلة من الأشخاص المعوقين بدنيا تعاني من إعاقات متعددة.فهؤلاء الأشخاص قد يكون لديهم مشكلات ذات علاقة بالتعلم والقدرات المعرفية. ولذلك هناك حاجة إلى أن يقوم فريق متعدد التخصصات بقياس وتقييم قدرات هؤلاء الأشخاص، وجوانب الضعف في أدائهم. ويقوم هذا الفريق بإجراء الفحوصات ذات العلاقة بالمهارات الحياتية اليومية، ومهارات العناية بالذات، والمهارات الأكاديمية، والاجتماعية والشخصية وليس هناك من شك في أن الأطباء هم الذين يقومون بتشخيص الاضطرابات الصحية المزمنة، وإبلاغ المعلومات إلى أولياء الأمور والمعلمين حول الاحتياجات الخاصة لهؤلاء الأفراد.

أضف إلى ذلك أن أخصائيي العلاج الطبيعي والوظيفي - علاوة على الأطباء - يستطيعون تقديم معلومات مفيدة عن الأدوات والأجهزة التصحيحية والمعدلة اللازمة للمعوق بدنياً، بالإضافة إلى الأساليب التي يتعين استخدامها لتطوير المهارات الوظيفية لديه.

وفيما يتعلق بالأداء الأكاديمي، والاحتياجات التربوية الخاصة للأشخاص المعوقين بدنياً، فإن المعلمين يقومون بتلك المهام.كذلك قد يشارك الأخصائيون النفسيون وأخصائيو اضطرابات اللغة والكلام، والأخصائيون الاجتماعيون وغيرهم في عملية القياس والتقييم وذلك اعتماداً على طبيعة المشكلة الخاصة، التي يعاني منها الشخص المعوق بدنياً.

ويجب أن تركز عملية تقييم الأشخاص ذوي الإعاقات الجسمية والحركية على الجوانب الستة التالية.

1. مهارات العناية بالذات.
2. مدى الحركة.
3. الاعتبارات الخاصة التي ينبغي مراعاتها لتلبية الفروق الجسمية
4. مستوى وضوح، وسرعة التواصل.
5. الاستراتيجيات التربوية الخاصة اللازمة لتسهيل عملية التعلم.
6. المساعدات الخاصة اللازمة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

البيئة التعليمية الملائمة لدمج ذوي العوق الحركي

شهدت المجتمعات العربية تطوراً كبيراً في دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية خلال السنوات القليلة الماضية. وقد شمل هذا الدمج فئات عدة من ذوي الاحتياجات الخاصة كالمعاقين سمعياً وبصرياً وعقلياً وحركياً، بالإضافة إلى من لديهم صعوبات تعلم.

ومع أن حركة الدمج لذوي الاحتياجات الخاصة تُعد جديدة نسبياً ولها أثر ملموس في ظهور إتجاهات إيجابية سواء تجاه المعاقين أو لدى المعاقين تجاه الآخرين، إلا إن هناك حاجة لوضع تصورات علمية وعملية لما يجب أن تكون عليه البيئة التعليمية لهؤلاء الأطفال.

ويمكن القول أن البيئة التعليمية لذوي العوق الحركي لها الأثر الكبير في تكوين اتجاهات إيجابية لهؤلاء الأطفال. فالمعروف إن البيئة المناسبة لهؤلاء الأطفال هي الصفوف العادية في المدارس العادية، ولكن قد تنعكس المعوقات المعمارية والإنشائية سلباً على إمكانية دمج هؤلاء الأطفال مما يؤثر سلبياً في مواصلتهم لتعليمهم.

ولذلك فإن وضع تصور علمي لما يجب أن تكون عليه البيئة التعليمية أمراً حيوياً ومهماً لتوفير بيئة تعليمية مناسبة تمكنهم من مواصلة تعليمهم جنباً إلى جنب مع زملائهم العاديين. ومع أن هذا التصور قد لا ينطبق على ما هو متوفر حالياً في العديد من المباني المدرسية والتي إما تكون قديمة أو مستأجرة، إلا أن هذا لا يمنع من توفير أساس علمي يجب أخذه في الاعتبار عند استحداث مباني مدرسية جديدة أو إدخال تعديلات لما هو موجود حالياً.

المكان التربوي لعملية الدمج:

تُعد المدرسة هي البيئة الطبيعية المناسبة لذوي العوق الحركي من الناحية التربوية والنفسية والاجتماعية. كما يُعتبر الصف العادي هو المكان التعليمي المناسب لتدريس ذوي العوق الحركي.

المراحل والخطط الدراسية

لا يختلف المنهج المقدم لهذه الفئة عما يقدم لقرنائهم العاديين، مع التركيز على الخدمات المناسبة التي يحتاجها أفراد هذه الفئة كالأجهزة التعويضية وبرامج العلاج الطبيعي والوظيفي والصحي.

المسئولين عن عملية الدمج

1. معلم الفصل
2. مساعد معلم

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

3. أخصائي علاج طبيعي
4. أخصائي علاج وظيفي
5. أخصائي أجهزة تعويضية
6. معلم تدريبات سلوكية
7. طبيب أو ممرض
8. أخصائي تربية بدنية خاصة

المستلزمات المكانية والتجهيزية لعملية الدمج

إن تنظيم غرفة الصف بحيث تراعي الفروق الفردية بين الأطفال من شأنه أن يزيد من فرص اكتساب المهارات وتحفيز الأطفال على التعلم. ومع أن بيئة الصف العادي هي البيئة التعليمية المناسبة لذوي العوق الحركي، إلا ان هناك حاجة لتنظيمها لكي تتناسب واحتياجاتهم. فبالإضافة إلى حضورهم كزملائهم العاديين إلى الصف الدراسي، إلا أنهم يجلبون معهم أدواتهم الخاصة مثل كرسي العجلات والعصي والعكازات وغيرها من الأدوات التي يحتاجونها ولا غنى لهم عنها.

لذلك فإنه من المهم أن تكون غرفة الصف مهيأة بشكل مناسب بحيث تسمح للطفل بالتنقل والجلوس وتأدية الواجبات الدراسية بأقل قدر من الصعوبات والعوائق. ويمكن القول أن هذا ينطبق أيضا على المدرسة بشكل عام حيث أن إزالة الحواجز من المبنى المدرسي كإقامة المنحدرات التي تسهل دخولهم للمبنى دون مساعدة وتوسيع دورات المياه من العوامل الرئيسية في توفير بيئة تعليمية مناسبة.

تهيئة البيئة المدرسية لعملية الدمج:

عند الحديث عن ملائمة البيئة المدرسية لذوي العوق الحركي، لابد أن يتبادر إلى الذهن العديد من الأسئلة التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

1. هل البيئة الخارجية للمدرسة خالية من الحواجز والمعوقات؟
2. هل البيئة الداخلية للمدرسة خالية من الحواجز والمعوقات؟
3. هل بإمكان التلميذ الوصول إلى المواقع المختلفة في المدرسة بحرية وبدون عوائق؟

لذلك فإنه من المهم مراعاة ما يلي:

1. تهيئة مداخل المدرسة بما يسهل حركة دخول وخروج مستخدمي الكراسي المتحركة
2. تخصيص أبواب في المدرسة تفتح بمجرد الضغط على زر تلقائياً عند وصول المعاق أو أبواب تفتح بالاتجاهين.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

3. مراعاة أن يكون حجم الأبواب واسع ليسهل دخول المعاقين حركياً.
4. مراعاة وضع المداخل المنحدرة الملائمة للأبواب سواء تلك التي تفتح للخارج أو للداخل.
5. مراعاة توفير مواقف خاصة للمعاقين حركياً قرب مدخل المدرسة.
6. توفير، على الأقل، واحدة من مشارب المياه تكون مخصصة للمعاقين حركياً وذات ارتفاع مناسب.

دورات المياه :

1. توفير حمامات ذات كراسي مرتفعة لكي يسهل استعمالها من قبل المعاق حركياً.
2. توفير مغسلة بارتفاع مناسب لكي يسهل استخدامها من قبل المعاق حركياً.
3. توفير مساند من القضبان على الجانبين لتسهيل حركة المعاق حركياً.
4. توفير مرايا ذات ارتفاع منخفض لكي يسهل استعمالها من قبل المعاق حركياً.
5. توفير مجففات كهربائية يكون ارتفاعها مناسباً للمعاق حركياً.
6. إمكانية فتح الحمامات من الخارج ليسهل إنقاذ أو مساعدة المعاق حركياً إذا تطلب الأمر.

البيئة المكانية داخل المدرسة:

1. تصميم الممرات داخل المدرسة بعرض (3م) على الأقل لتسهيل تنقل المعاق حركياً مع وجود مخرج في نهايتها.
2. استخدام مقابض الأبواب الطويلة ليسهل استخدامها من قبل المعاق حركياً.
3. تصميم متكآت على الجدران تساعد المعاقين على الانتقال بسهولة من الكراسي المتحركة إلى اي مكان آخر.
4. تغطية أرضية المكتبة بأرضية واقية من الانزلاق ليسهل تنقل المعاق حركياً.
5. توفير أرفف مكتبات متحركة تساعد المعاق حركياً على التصفح بسهولة.
6. عدم إبقاء الأسلاك الكهربائية على الأرضيات مما يمنع أو يحد من تنقل المعاق حركياً.
7. تسوية عتبات المداخل وإزالة العوائق لتسهيل تنقل المعاق حركياً.
8. ضرورة أن يكون فناء المدرسة والممرات مستوية وواقية من الانزلاق.
9. ضرورة أن تكون الممرات واسعة بحيث تسمح بمرور كرسيين متحركين على الأقل.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

مواصفات غرفة الصف

1. توفير بابين لغرفة الصف وليس باباً واحداً.
2. توفير باب لغرفة الصف يمكن فتحه بشكل تدريجي إما أوتوماتيكيا أو ميكانيكياً عن طريق مفتاح كهربائي أو باب يدوي يفتح بالجاهين.
3. أن تكون السبورة متحركة ومنخفضة بما فيه الكفاية.
4. أن تكون للأبواب مماسك طويلة.
5. أن تكون أرضية الصف مغطاة لمنع الإنزلاقات.
6. أن تكون هناك مغسلة منخفضة وبها حنفيات مياه يسهل فتحها وإغلاقها.
7. أن تكون دورة المياه قريبة من غرفة الصف.
8. أن تكون الطاولة الخاصة بالتلميذ المعاق حركياً مصممة بحيث تتناسب مع طول جذع التلميذ.
9. أن يكون ارتفاع الطاولة متناسباً يسمح بدخول الكرسي المتحرك للمعاق حركياً.

الاستراتيجيات التعويضية للأطفال المدمجين:

قد يتعرض الاطفال المدمجين لبعض الاصابات ، نوضحها فيما يلي:

إصابات الدماغ المكتسبة Acquired Brain Injury

قد تحدث إصابات الدماغ المكتسبة لعدة أسباب، منها إصابة الرأس بجروح أو رضوض (نتيجة التعرض لاعتداء أو إصابة في الملعب أو الارتطام بجسم صلب. وفي هذه الحالة قد يصطدم رأس الطفل بحاجز ثابت فيصطدم المخ الطري بأحد جوانب الجمجمة الصلبة من الداخل كما لو كانت الجمجمة قد اصطدمت بجسم ثابت. يترتب على ذلك تعرض سطح المخ بخدوش أو جروح. ثم يرتد المخ ليصطدم بالجانب الآخر داخل الجمجمة كرد فعل يساوي في قوته الصدمة الأولى، وبالتالي قد تتعرض الأنسجة والأوعية الدموية للقطع بسبب الحركة العنيفة التي حدثت للمخ، مما يقضي على بلايين الألياف العصبية بصفة مؤقتة أو دائمة.

ويؤدى كل ما تتعرض له أنسجة المخ من حركة وقطع وتمزق إلى حدوث إثابة – ضرر – واسعة الانتشار تؤثر على مجموعة كبيرة من وظائف الدماغ، وبالإضافة إلى ذلك قد يتعرض الدماغ للورم والنزيف وبالتالي يزداد الضغط داخل الجمجمة فيزداد التلف الذي يلحق بأنسجة المخ، هذه العوامل مجتمعة قد تؤدي إلى الدخول في غيبوبة أو فقدان الوعي.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وكذلك قد تحدث إصابات الدماغ المكتسبة نتيجة ضربة أو نقص في أكسجين الأنسجة أو ورم في الدماغ، وهي عوامل قد تؤدي إلى إصابة موضعية في الدماغ أكثر من الإصابات الرضية.

المشاكل الناتجة عن التعرض لإصابات الدماغ المكتسبة:

من يظل على قيد الحياة بعد التعرض لإصابات الدماغ المكتسبة قد يتعرض لمشاكل في بعض أو كثير من المجالات التالية:

- الحركة.
- التواصل.
- المهارات الإدراكية الحركية.
- الانتباه.
- الشروع في القيام بمهمة أو عمل.
- الذاكرة.
- الفهم.
- التنظيم.
- المعالجة الجيدة للمعلومات.
- الاستنتاج من المقدمات وحل المشاكل.
- المراقبة الذاتية للسلوك.
- المهارات الاجتماعية.

وقد تؤدي هذه النتيجة إلى سوء الأداء التعليمي وإلى الانعزال عن المجتمع بالنسبة للأطفال الذين تعرضوا لإصابات دماغ مكتسبة، هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى دعم في المدرسة و في المجتمع المحلي لكي يستخدموا مجموعة من الاستراتيجيات التعويضية الضرورية لتلبية الاحتياجات الخاصة، **وهنا نستعرض بعض الاستراتيجيات التعويضية للأطفال ذوي إصابات الدماغ المكتسبة:**

أ. نقص الانتباه /التركيز:

- اسمح بتوفير أوقات للراحة.
- قلل من أسباب التشتيت.
- قدم ملاحظات لفظية مستمرة لتركيز الانتباه.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- اجعل التعليمات قصيرة ومحددة.
- قدم نسخة من المذكرات إذا كان الطفل غير قادر على الكتابة والاستماع في نفس الوقت (تقسيم الانتباه)
- مراقبة قوية أثناء اليوم (والاهتمام بالعلاج وعوامل الإرهاق)
- وضع نماذج لاستراتيجيات حل المشاكل والتدريب عليها.
- اعرف متى تتدخل مشاكل الانتباه مع الأداء، ولا تعتبر مشاكل الانتباه مثل نقص الدوافع.

ب. ضعف الذاكرة:

- التكرار.
- يجب أن يكون التعليم له علاقة ومغزى بالنسبة للطفل، حاول ربط الموضوع الجديد بخبرة الطفل السابقة.
- راجع الدروس السابقة وناقش النقاط الرئيسية.
- في بداية الدرس اشرح خطوات الدرس أو الموضوع، واذكر العناصر الرئيسية التي سيغطيها الدرس.
- صمم للطفل الأسلوب المناسب لكتابة هذه العناصر.
- الأطفال يحتاجون إلى تدريس كل نقطة مهما صغرت. لا تفترض أن الأطفال سيتعلمون تلقائيا حتى ولو كان مظهرهم يدل على ارتفاع مستوى أدائهم.
- اربط الأطفال بالموضوع كلما تغير موضوع المناقشة. أعد توجيه المناقشات الجانبية بتذكير الأطفال بالموضوع الأصلي.
- درس استراتيجيات الذاكرة كلما أمكن.
- استعمل الأدوات التعويضية للذاكرة (كالتقويم وشريط التسجيل والمذكرات والآلات الحاسبة، الخ)

ج. المهارات التنظيمية:

- اشرح للأطفال كيفية تقسيم المهمة إلى خطوات مع وضع نماذج لهم.
- راقب عمل الطفل جيدا وقدم التغذية المرتدة المعينة خلال كل مرحلة من مراحل العملية.
- قدم للأطفال قوائم منظمة تساعدهم على تطوير مهارات المراقبة الذاتية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- اشرح بالألفاظ تتابع الأنشطة.
- استخدم الملفات والكتب ذات الألوان المختلفة.
- ضع خططا وجداول زمنية للدراسة/ العمل بالنسبة للمشروعات والواجبات الأطول، مع الاستفادة بالتقويم.

د. **معالجة المعلومات:**

- رتب كيفية عرض المعلومات، ولخصها بصفة متكررة.
- عدل سرعة وكمية المعلومات التي تقدمها للأطفال.
- ركز على النقاط الرئيسية.
- درب الأطفال على المهارات الفعالة لكتابة الملاحظات.
- درب الأطفال على مهارات المذاكرة.
- أعط الطفل نسخة من المذكرات لكي يتمكن من التركيز على الموضوع الذي تدرسه.
- دعم مادة الدرس بفيلم فيديو أو شريط تسجيل أو ما شابه ذلك كلما أمكن.

ه. **مهارات حل المشاكل:**

- راقب تقدم الطفل جيدا،ولا تفترض أن الطفل قد فهم لمجرد كونه لا يطلب المساعدة.
- ضع نماذج لحل المشاكل، ودرب الأطفال عليها.
- تمثيل الأدوار.
- قدم المساعدة مع حلول بديلة.
- أعد تقوية أي سلوك يتعلق بالمراقبة الذاتية و التصحيح الذاتي.
- لا تشجع الاستجابات المتهورة.

تعليم الأطفال ذوي الإعاقات الحركية

Teaching Students With Physical Disabilities

يمكن للأطفال ذوي الإعاقة الحركية أن يحققوا النجاح في أوضاع المدارس العادية مع إيجاد التكيف المناسب مع البيئة والبرنامج التعليمي. ونعرض هنا أسباب ومضاعفات الإعاقات الحركية مثل الشلل الدماغي ((Cerebral Palsy، والحبل الشوكي المشقوق ((Spina Bifida، ونقص التغذية العضلية ((Muscular Dystrophy، وإصابات الدماغ المكتسبة ((Acquired Brain Injury مع التركيز على الأجهزة التكيفية وتعديل البرنامج بما يسمح للأطفال ذوي الإعاقة بتحقيق إمكانياتهم الفريدة مع الأطفال العاديين.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

مضاعفات الإعاقات الحركية و كيفية مواجهتها

1. الشلل الدماغي Cerebral Palsy

يستعمل مصطلح الشلل الدماغي Cerebral Palsy لوصف مجموعة من الاضطرابات التي تؤثر على حركة الجسم وتوافق العضلات. ويتلخص التعريف الطبي للشلل الدماغي بأنه اضطراب غير متقدم وغير متحول لحركة و/ أو وضع الشخص نتيجة لإصابة أو حالة شاذة أصابت الدماغ في حالة التكوين. وقد تؤدي إصابة الدماغ منذ الحمل المبكر حتى سن الثالثة تقريبا إلى حدوث شلل دماغي.

ولا توجد حالتا شلل دماغي متماثلتان تماما، فبعض الناس قد يتأثرون بدرجة معتدلة حتى أنهم لا يتعرضون إلا لمجرد ارتباك في الحركة أو في السيطرة على الأيدي. وقد يتأثر غيرهم بدرجة كبيرة ويعانون من مشاكل كبيرة في الحركة والكلام. وفي بعض الأحيان تؤثر الإصابة على أجزاء أخرى من الدماغ تتسبب في مشاكل في الرؤية و/ أو مصاعب في الإدراك الحسي. ولا تعتبر الأطراف المصابة بالشلل الدماغي مشلولة تماما لأن صاحبها يشعر بالألم والبرد والحر والضغط.

ولا يعتبر الشلل الدماغي مرضا أو معديا. ومتوسط عمر المصابين به في الحدود العادية. ولا يعتبر الشلل الدماغي تطوريا progressive رغم أن آثاره قد تتغير بمرور الوقت. وقد تتحسن بعض الحركات الوظيفية مثل حالات تحسن السيطرة على اليدين بدرجة تمكن الشخص من ارتداء ملابسه أو الكتابة بيديه. وقد تتحول بعض الحالات إلى الأسوأ: فالعضلات الضعيفة قد تسبب مشاكل في الأرداف والعمود الفقري لدى صغار الأطفال إلى درجة تستدعي التدخل الجراحي.

وقد صنفت الأكاديمية الأمريكية الشلل الدماغي كل حالة من حالات الاضطراب طبقا لعاملين:

أ. طبقا لاضطراب الحركة:

- شلل دماغي تشنجي Spastic CP: حيث تكون العضلات ضعيفة وجامدة، وتتفاعل أكثر مما ينبغي عند استعمالها محدثة حركات عير منتظمة.
- شلل دماغي كنعاني Athetoid CP: حيث يقوم الشخص بحركات لا إرادية تمعجية يصعب التحكم فيها أو تنسيقها.
- شلل دماغي رنحي لا انتظامي Ataxic CP: حيث يعاني المصابون من عدم الإحساس بالاتزان وعدم إدراك العمق، كما يعانون من سوء التوتر العضلي ومن التمايل أثناء المشي واهتزاز الأيدي.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ب. طبقا لعدد الأطراف المصابة:

- شلل طرف واحد Monoplegia: حيث يتأثر طرف واحد فقط، وهو الذراع عادة.
- شلل فالج/ شقي Hemiplegia: حيث يتأثر أحد جانبي الجسم، وكثيرا ما يكون الذراع أكثر تضررا من الرجل.
- شلل الجانبين/ مزدوج Diplegia: حيث تتأثر الأطراف الأربعة، وتتأثر الرجلان أكثر من الذراعين.
- شلل ثلاثي Triplegia: حيث تتأثر ثلاثة أطراف وهي عادة الذراعان وإحدى الرجلين.
- شلل رباعي Quadriplegia: حيث تتأثر الأطراف الأربعة كلها.

2. الحبل الشوكي المشقوق واستسقاء الرأس
Spina Bifida and Hydrocephalus

الحبل الشوكي المشقوق هو عيب يصيب الأنبوب العصبي خلال الأسابيع الأولى من الحمل، فلا ينمو الحبل الشوكي بطريقة مناسبة وبالتالي تحدث درجات متفاوتة من الإصابة الدائمة للحبل الشوكي والنظام العصبي. ويتكون العمود الفقري من عظمات منفصلة تسمى الفقرات، وهى التي تغطى الحبل الشوكي وتحميه. وفي حالة الحبل الشوكي المشقوق توجد فقرات غير كاملة النمو بل تكون مشقوقة أو مقسومة مما يؤدي إلى خروج الحبل الشوكي من خلالها. هذا البروز الشبيه بالجراب قد يظهر في أي مستوى من ظهر المصاب ابتداء من الرقبة حتى الردفين. ويتكون العلاج من جراحة لإقفال الفراغات بين الفقرات للوقاية من العدوى ولحماية الأعصاب من المزيد من الأضرار. وحسب مكان الضرر وحجمه يتعرض أصحاب الحبل الشوكي المشقوق لدرجات مختلفة من شلل الأطراف السفلى، ويحتاج الكثيرون منهم أثناء الحركة إلى وسائل مساعدة كالمساند والعكاكيز والكراسي المتحركة. كما يعاني معظمهم من مشاكل في وظائف المثانة والأمعاء.

ويتعرض لحو 80٪ من الأطفال المصابين بشقوق الحبل الشوكي لاستسقاء الرأس. والاستسقاء هو التراكم المفرط للسائل الدماغي الشوكى (C.S.F.) في تجاويف الدماغ. وقد يؤدى ارتفاع ضغط السائل على الدماغ إلى تأثيرات دائمة وإلى حدوث مضاعفات قد يكون أكثرها انتشارا هو صعوبات التعلم.

ويمكن التحكم في استسقاء الرأس بالاستعانة بأساليب الجراحة الحديثة. ويقوم جراح المخ بزرع تحويلة shunt تتكون من مجموعة من الصمامات وأنبوب مرن يتم إدخال أحد طرفيه في بطين الدماغ وإدخال الطرف الآخر في التجويف البطني. وتم تغطية الأنبوب بالجلد

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

تماما بعد نمو شعر الطفل ولا يكاد يكون وجوده ظاهراً. وعندما يرتفع ضغط السائل الدماغي الشوكى المتراكم داخل الدماغ عن الضغط العادي يتم فتح الصمام تلقائيا لتصريف السائل خارج الدماغ.

ورغم أن الأطفال ذوي التحويلة ليسوا عادة بحاجة إلى لبس خوذة واقية، إلا أنه من الضروري اتخاذ الاجراءات اللازمة لحماية الطفل من التعرض للكمات حادة على الرأس. وقد تتعطل التحويلة أحيانا، وفي هذه الحالة قد يظهر على الطفل واحد أو أكثر من الأعراض التالية:

- صداع/ ألم في منطقة الرقبة.
- انتفاخ أو تورم على طول خط الأنبوب.
- تغيرات في شخصية الطفل.
- فقدان الشهية المرتبط بالقيء.
- تدهور الأداء المدرسي.
- النعاس.

ويجب أبلاغ ممرضة المدرسة ووالدي الطفل عند ظهور هذه الأعراض. ومن المحتمل ن يتم ظهور هذه الأعراض خلال عدة أيام أو عدة أسابيع. وعندما يمرض الطفل لا بد من إبلاغ والديه على الفور. وتتم معالجة التحويلات المسدودة بكل سهولة حيث يتم تغيير الصمامات أو الأنبوب.

وطبقا لجمعية الحبل الشوكي المشقوق واستسقاء الرأس في أونتاريو، تشير الأبحاث إلى أن نحو73٪ من المصابين بالحبل الشوكي المشقوق و/ أو استسقاء الرأس لديهم حساسية ضد مادة اللاتيكس التي تدخل في صناعة البالونات والقفازات الطبية. وما يزال سبب هذه الحساسية غير معروف، إلا أنها قد ترجع إلى التعرض المبكر والمتكرر لهذه المادة أثناء العلاج باستخدام منتجات تحتوي على لاتيكس.

3. نقص التغذية العضلية Muscular Dystrophy

نقص التغذية العضلية هو نوع من الخلل العصبي العضلي الذي يتميز بالضعف المتدرج progressive الذي يصيب العضلات الإرادية التي تتحكم في حركة الجسم.

هذا الخلل قد يصيب أي شخص لأنه لا يقتصر على مرحلة الطفولة وحدها، وبينما تظهر بعض حالاته في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة، هناك حالات أخرى لا تظهر إلا في مرحلة متأخرة بعد ذلك.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وتعتبر حالات نقص التغذية العضلية من الأمراض الجينية، وهكذا قد يتنقل بعضها من جيل إلى جيل، وقد يحدث بعضها تلقائيا لشخص بعينه نتيجة حدوث تحول لجين معين. وتقوم الجينات في نويات الخلايا العضلية بتوجيه إنتاج البروتينات التي تقوم بتنفيذ تقلصات العضلات. وترجع مختلف أنواع نقص التغذية العضلية إلى أخطاء في بروتينات مختلفة.

وفيما يلي عدة أنواع من نقص التغذية العضلية:

4. **نقص التغذية العضلية الدوتشيني**

Duchenne Muscular Dystrophy (DMD)

- يكون الجسم عاجزا عن إنتاج الديستروفين وهو بروتين العضلات، ويؤدي ذلك إلى إضعاف خلايا العضلات إلى أن تتفكك تماما.
- تظهر الأعراض الإكلينيكية أولا بين سن الثالثة والخامسة.
- العلامات المبكرة تشمل: السقوط المتكرر، وصعوبة الجري مثل الأقران من نفس السن، وصعوبة الوقوف من على الكرسي أو الأرض، وزيادة حجم عضلات الساق، وتكرار السير على أصابع القدمين.
- يتطور المرض بصفة مستمرة، وكثيرا ما يكون من الضروري استخدام الكرسي المتحرك في أواخر مرحلة الطفولة وأوائل مرحلة المراهقة. وبعد ذلك تظهر مشاكل في التنفس ويقصر العمر.

5. **نقص التغذية العضلية البيكري**

Becker Muscular Dystrophy (BMD)

- تحدث البداية في أي وقت بين سن الخامسة والمراهقة المبكرة.
- يوجد نقص في إنتاج الديستروفين، لكن بدرجة أقل حدة. والأعراض الأولية تشبه أعراض نقص التغذية العضلية الدوتشيني، إلا أنها تكون أكثر اعتدالا.
- يكون معدل التدرج بطيئا، ويستطيع كثير من المصابين أن يمشوا بطريقة جيدة في سنوات المراهقة والشباب. توقعات العمر عادية في كثير من الحالات.

6. **نقص التغذية العضلية التأثري**

Myotonic Muscular Dystrophy (MMD)

- قد تحدث بداية هذا الخلل في مرحلة الطفولة والمراهقة المبكرة، ولكنها تظهر عادة فيما بين سن العاشرة والثلاثين. وأكثر الأنواع حدة هو نقص التغذية العضلية التأثري الخلقي الذي يظهر بوضوح عند الولادة.
- تحدث أول علامات ضعف العضلات عادة في الوجه واليدين والقدمين.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- تختلف تطورات هذا الخلل إلى حد كبير، حيث يتعرض بعض الناس لأعراض لا يكاد يلاحظها أحد، بينما يحدث تقدم بطيء طوال الحياة لدى معظم الكبار المصابين بنقص التغذية العضلية التأثري.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الفصل الخامس

دمج الاطفال ذو الشلل الدماغي مع أقرانهم العاديين

اولا: الشلل الدماغي

ونتناوله في هذا الفصل بشيء من التفصيل عن اعتبار أن الإصابة قد تحدث داخل الرحم أو خلال السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل.

المقصود بالشلل الدماغي:

يمثل الشلل الدماغي إعاقة تؤثر على الحركة ووضعية الجسم، وهي تنتج عن ضرر يلحق بالدماغ قبل ولادة الطفل أو عند ولادته أو بعدها، ولا يلحق الضرر بالدماغ بأكمله بل بأجزاء منه فقط، ويلحق بالدرجة الأولى بالأجزاء التي تتحكم بالحركات، ولا تشفى الأجزاء المصابة كما أن إصابتها لا تتفاقم، ومع ذلك يمكن تحسين الحركات، ووضعيات الجسم، وكذلك المشكلات الأخرى ذات الصلة، كما يمكن أيضاً أن تسوء، ويتوقف ذلك على كيفية معالجتنا للطفل وعلى حجم الضرر اللاحق بدماغ الطفل، وكلما كان العلاج مبكراً كلما زاد التحسن الذي يمكن إحداثه.

في العديد من الدول يمثل الشلل الدماغي السبب الأكثر شيوعاً للإعاقة الجسمية، ويمثل في بلدان أخرى السبب الثاني لها بعد شلل الأطفال، ويصاب بالشلل الدماغي سواء قبل الولادة أو بعدها طفل واحد من بين كل ثلاثمائة طفل.

والشلل الدماغي هو مصطلح طبي يشمل مجموعة من المشكلات الحركية المرتبطة بعدم السيطرة على عضلات الجسم وعدم التناسق في الحركة والقوام والتوازن تنتج عن إصابة الدماغ الطبيعي في فترة نموه بتلف في المناطق المسيطرة على الحركة، أو لعدم اكتمال نمو هذه المناطق أثناء الحمل.

إننا محظوظون ،لأننا إذا أردنا التقاط إبرة أو قلم أو الرد على جرس الباب أو التلفون، أو القيام بأي من مئات الأعمال اليومية، فإننا نستطيع ذلك فوراً، لأن دماغنا يرسل أوامره إلى العضلات المعنية للقيام بما نريده بدون أن نفكر أو نبذل جهداً في سبيل ذلك، أما المصاب بالشلل الدماغي فانه قد لا يستطيع ذلك إذ على الرغم من تمتعه بعضلات طبيعية التكوين، فان الأوامر التي تُرسل للعضلات من الدماغ لا تكون ملائمة وذلك لوجود تلف في المناطق المسؤولة عن الحركة في الدماغ وبالتالي لا يستطيع المصاب بالشلل الدماغي القيام بالحركة المطلوبة بشكل صحيح.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

تساؤلات وحالات حول الشلل الدماغي:

هل الشلل الدماغي مرض؟

فالشلل الدماغي ليس مرضاً بالمعنى الشائع لهذه الكلمة. فالمرض يكون في العادة قابلاً للمعالجة والشفاء، والمرض قد يكون معدياً، والشلل الدماغي ليس كذلك، فهو غير معدي من جهة، وغير قابل للشفاء التام من جهة أخرى، إلا أنه بطبيعة الحال قابل للتحسن إذا أكتشف مبكراً ولاقى العناية اللازمة.

الشلل الدماغي وهو حالة ناتجة عن تلف غير متزايد أو غير متطور إلى الأسوأ يصيب الدماغ، وبالتالي فهو حالة مستقرة في العادة، إلا في حالة إهمال العناية بالطفل وإهمال المعالجة الطبيعية حيث يمكن أن يصاب الطفل في بعض الأحيان بتشوه في الأطراف والعمود الفقري.

هل الشلل الدماغي وراثي؟

من النادر أن يكون للوراثة دور في إصابة احد أطفالنا بالشلل الدماغي. وبالرغم من أن بعض الحالات غير معروفة الأسباب قد تعزى للوراثة، إلاّ إننا نأمل أن تؤدي الأبحاث الطبية التي تجري في هذا المجال إلى تحديد دور الوراثة بصورة أوضح.

ان ولادة طفل مصاب بالشلل الدماغي هو شيء لا يتوقعه الوالدان، فهم يتوقعون طفلاً عادياً لاطفلاً معوقاً، وعندما يكتشف الوالدان أن طفلهما مصاب بالشلل الدماغي، فهما غالباً ما يشعران بصدمه عنيفة، وقد يتوهمان أن هذه المشكلة تواجههم وحدهم أو أن ذلك قد حدث لهم عقاباً لهم على ذنب اقترفوه في الماضي.

إن الحقيقة البسيطة التي يجب أن يدركها الأهل هي أنه لايوجد إنسان محصن ضد الإعاقة، وان الإعاقة تحدث أو يمكن أن تحدث لدى أي أسرة في مختلف الطبقات والأجناس والديانات، فقراء كانوا أم أغنياء،متدينين كانوا أم غير متدينين.

ومن ناحية أخرى، فانه لا يمكن لأحد أن يتصور إن الأم (أو الأب) قد قاما بطريقة مقصودة بأي شيء من شأنه التسبب في ولادة طفل مصاب بالشلل الدماغي.

وبالرغم من أن الالتزام بالإرشادات أو الإجراءات الوقائية تقلل كثيراً من احتمالات حدوث الإعاقة،الا أن قد تحدث في بعض الأحيان، بالرغم من مراعاة الوالدين لإرشادات الأطباء، وبالرغم من الحرص على توفير الظروف المناسبة أثناء فترة الحمل أو أثناء عملية الولادة، وبالتالي فليس هناك من مبرر لتأنيب الضمير وليس هناك من جدوى في إلقاء مسؤولية ما قد حدث على شريك (أو شريكة) العمر.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

في أي سن يمكن البدء بعلاج الشلل الدماغي؟

حتى قبل التشخيص النهائي لحالة الشلل الدماغي، ينبغي أن نبدأ بالتدريب والمعالجة الطبيعية للطفل المشتبه في حالته، بهدف الوصول بقدراته إلى مستوى المرحلة والعمر الزمني الذي هو فيه، وهذا يكون على شكل برنامج تدخل مبكر للتدريب والعلاج يشارك به الوالدان، بحيث يتعرض الطفل ضمن هذا البرنامج إلى أنواع من المثيرات الحسية والتدريب المناسب من خلال الأوضاع الصحيحة التي يوضع بها الطفل. وبالتالي فلا يوجد أي مبرر للانتظار طويلاً، إذ كلما أسرعنا في التدريب كلما كان ذلك أفضل ،. فقد يكون من المناسب تدريب الوالدين أو احدهما على كيفية التعامل مع الطفل، وكيفية تدريبه على البرنامج العلاجي في داخل البيت، وهذا البرنامج قد يبدأ خلال الأشهر الأولى أو السنة الأولى من عمر الطفل.

ما هي تصنيفات الشلل الدماغي؟

هناك تصنيفات كثيرة للشلل الدماغي، منها ما يعتمد على شدة أو درجة الإعاقة الحركية، وهنا يكون التصنيف عادة إلى ثلاث درجات (بسيط ومتوسط وشديد) ففي الحالات البسيطة من الشلل الدماغي، يستطيع المصاب المشي بدون مساعدة، والعلاج هنا لا يتطلب أن يكون مكثفاً.

في حين انه في الحالات المتوسطة الشدة للشلل الدماغي، فان المصاب يحتاج إلى علاج طبيعي مستمر وقد يحتاج إلى أجهزة مساعدة على المشي. أما في الحالات الشديدة، فان المصاب لا يتوقع منه عادة أن يصل إلى مرحلة إتقان المهارات الأساسية، وهو يحتاج عادة إلى كرسي متحرك للانتقال من مكان إلى آخر كما انه في العادة يحتاج إلى كراسي خاصة للحمام واللعب والطعام، غير إن هذا التصنيف ليس ثابتاً، فإذا كان هناك تدخل مبكر وعلاج طبيعي ومتابعة جيدة لحالة الطفل فان الطفل الذي سبق وأن تم تصنيفه كحالة شديدة، يمكن أن تتحسن حالته وان يصبح حالة متوسطة.

هل يمكن للطفل أن يتعلم؟

ومن حيث المبدأ فان كل الأطفال قادرون على التعلم ولكن الأطفال المصابون بالشلل الدماغي يتعلمون وفق قدراتهم الخاصة اعتماداً على طبيعة القيود التي يفرضها الشلل الدماغي على أدائهم.

وكما هو معروف فان الشلل الدماغي هو عبارة عن إصابة أو تلف ما يصيب المناطق المسؤولة عن الحركة في الدماغ، وقد تمتد هذه الإصابة فتصيب المناطق المجاورة الأخرى، وبالتالي فان تأثير هذه الإصابة قد يختلف من طفل إلى آخر، فبعض الأطفال قد يكون لديهم

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ذكاء عادي تماماً (حتى لو كانوا لا يستطيعون النطق بشكل واضح أو كانوا يظهرون استجابات حركية غير عادية) في حين إن أطفالاً آخرين قد يكون لديهم تأخر في القدرات العقلية أو صعوبات تعليمية أو مشكلات حسية أو ما شابه، وهذا كله لا يعني إن هناك طفلاً لا يستطيع أن يتعلم، ولكنه يعني إن ما يمكن أن يتم تعلمه قد يختلف من طفل إلى آخر في ضوء إمكانيات وقدرات كل طفل، والمبدأ العام هنا هو مساعدة كل طفل على تعلم المهارات والمعارف الضرورية بالنسبة له في ضوء إمكانياته وقدراته.

هل الطفل المصاب بالشلل الدماغي سيكون أيضاً متخلفاً عقلياً؟

ليس بالضرورة أن يكون متخلفاً عقلياً، والتقديرات الحديثة تشير إلى أن حوالي 25٪ من حالات الشلل الدماغي (أي ربع الحالات) يكون ذكاؤهم ضمن المعدل الطبيعي لنسب الذكاء، في حين يعاني حوالي 25% منهم من درجة أو أخرى من البطء في التعليم أو من صعوبات في التعلم، أما النسبة الباقية من المصابين بالشلل الدماغي فهم يعانون من نقص في مستوى قدراتهم العقلية يقع ضمن حدود التخلف العقلي.

هل يعتبر سيلان اللعاب عرض من أعراض الشلل الدماغي؟

هذه مشكلة تعاني منها نسبة لابأس بها من المصابين بالشلل الدماغي، وتحدث هذه المشكلة في العادة نتيجة ضعف التحكم في عضلات الفم واللسان وهي المسؤولة عن عملية البلع، وفي هذه الحالة ينبغي أن نقوم بتمرين هذه العضلات كي تقوم بوظيفتها بشكل أفضل وفيما يلي بعض الأفكار التي تساعد على ذلك.

- تدريب الطفل على مهارات النفخ (نفخ بالون/ النفخ في صفارة / النفخ على طاولة التنس الصغيرة (البنج بونج) نفخ رغوة الصابون في الهواء/ نفخ ورق الكوريشة أو الورق العادي/ النفخ على شمعة مضاءة...)
- وضع قطرات من عصير الليمون في فمه (حيث سيقوم الطفل غريزياً بعملية البلع عند ذلك).
- فرك الشفاه بقطعة من الثلج (العضلات المحيطة بالفم)
- تناول الفواكه مثل الجزر، الخيار والتفاح، مفيد في تقوية عضلات الفم واللسان. ويستحسن مراعاة قدرة الطفل على البلع خوفاً من أن يغص أثناء البلع الشردقة.
- في بعض الأحيان قد يفيد وضع قليل من بودرة الحليب الجاف بين الشفة السفلى والأسنان لإعطاء طعم مميز للعاب عندما يسيل وهذا يساعد في تنبيه الطفل لسيلان لعابه فيقوم بعملية البلع، كما إن تزويد الطفل بفوطة أو منديل ليقوم بمسح لعابه بين فترة وأخرى هو شيء مفضل، ولاشك أن الاهتمام باللثة والأسنان مهم في هذه الحالة للوقاية من التهابات اللثة وتسوس الأسنان.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

هل الشلل الدماغي معد؟

لا حيث أنه لا يمكن أن ينتقل من طفل لآخر.

هل يستطيع الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي الزواج وإنجاب أطفال؟

نعم.. ولن يصاب الأطفال بهذه الحالة (سوى في نوعية نادرة للغاية من الشلل الدماغي).

ما هو العلاج الطبي أو الجراحي المتاح؟

فيما عدا العقاقير المستخدمة للتحكم في النوبات، فإن الأدوية لا تفيد عادة، (وعلى الرغم من أنه يتم في كثير من الأحيان وصف أدوية لتقليل التشنج، إلا أنها لا تفيد عادة، وقد تسبب مشكلات)، وأحياناً تكون الجراحة مفيدة في تقويم التقلصات العنيدة الحادة، ومع ذلك فإن الجراحة بغرض إضعاف أو تشنج العضلات أو التخلص منه تكون أقل تأثيراً في أغلب الأحيان وقد تجعل الوضع أكثر سوء أحياناً، ويتطلب الأمر تقييماً متانياً، وعادة فإنه ينبغي التفكير في الجراحة فقط إذا كان الطفل يمشي بالفعل ولديه صعوبة متزايدة بسبب التقلصات، وبالنسبة للطفل الذي لا يستطيع التوازن بشكل يسمح له بالوقوف فإن الجراحة لا تفيد عادة، وأحياناً فإن الجراحة بغرض فصل الساقين يمكن أن تساعد في تسهيل عملية التنظيف والاستحمام.

ما الذي يمكن القيام به؟

لا يمكن علاج الأجزاء التالفة من الدماغ، ولكن في أغلب الأحيان يستطيع الطفل تعلم استخدام الأجزاء غير التالفة للقيام بما يريد، ومن الأهمية للوالدين أن يعرفا على وجه التقريب ما يتوقعانه:

- يتحول الطفل المصاب بالشلل الدماغي إلى شخص بالغ مصاب بالشلل الدماغي، ولا يؤدي البحث عن علاجات سوى إلى الإحباط، وعوضا عن ذلك ينبغي مساعدة الطفل أن يصبح شخصاً بالغاً يستطيع العيش بما به من إعاقة وبأكبر قدر ممكن من الاعتماد على الذات.
- تستطيع الأسر فعل الكثير لمساعدة الأطفال على تعلم تسيير أمورهم بشكل أفضل، وبشكل عام فإن الطفل الأكثر ذكاء يتعلم بنجاح كيفية التكيف مع حالته، ومع ذلك فلا يكون الذكاء ضرورياً دائماً، وفي واقع الأمر فإن بعض الأطفال الأذكياء يتعرضون بسهولة أكبر للإحباط وتثبيط الهمة مما يجعلهم يتوقفون عن المحاولة، وللحفاظ على استمرارية تقدم حالة هؤلاء الأطفال، فإن الأمر يتطلب بذل المزيد من الجهد لإيجاد أساليب جديدة تثير اهتمامهم، فحتى الأطفال المصابين بتخلف حاد يستطيعون في

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

أغلب الأحيان تعلم مهارات أساسية هامة، ولا يتضاءل الأمل في حدوث الكثير من التقدم إلا عندما يكون التلف العقلي شديد للغاية بالدرجة التي تجعل الطفل لا يستجيب على الإطلاق للأشخاص والأشياء، ومع ذلك وقبل الحكم على الطفل الذي لا يستجيب، يجب القيام بفحص الطفل من حيث الصمم أو فقدان القدرة على الإبصار.

ملاحظة هامة:

بدلاً من محاولة معالجة أعراض الشلل الدماغي، يمكننا القيام بما هو أكثر من ذلك بالنسبة للطفل إذا ما ساعدناه في تنمية الحركة، والتواصل، والرعاية، والعلاقات مع الآخرين، حيث يمكننا أحيانا القيام جزئياً بتصحيح الأعراض من خلال مساعدة الطفل على تنمية مهاراته الأساسية.

- يستطيع أفراد الأسرة تعلم اللعب والقيام بالأنشطة اليومية مع الطفل بأساليب تساعد الطفل على تسيير أموره وكذلك على الوقاية من المشكلات الثانوية مثل التقلصات.
- والأكثر أهمية هو أن يتعلم الوالدان (والجدان!) عدم القيام بكافة الأمور للطفل، بل ينبغي فقط مساعدته بما يكفي كي يستطيع التعلم من القيام بالمزيد لنفسه.
- وعلى سبيل المثال فإذا كان طفلك بادئ في مد يده وأخذ الأشياء إلى فمه:

هل سيستطيع الطفل المشي يوماً؟

غالباً ما يمثل ذلك السؤال أكبر أوجه القلق لدى الوالدين، حيث يمثل المشي أمراً هاماً من الناحيتين الوظيفية والاجتماعية، ولكن من حيث احتياجات الطفل فإن هناك مهارات أخرى قد تكون أكثر أهمية، ولكي يحيا الطفل حياة سعيدة وبأكبر قدر ممكن من الاستقلالية والاعتماد على الذات، فهناك مهارات وإنجازات ضرورية وهي على النحو التالي (ومرتبة من حيث الأهمية):

- ثقة الطفل بنفسه وحبه لذاته.
- التواصل والعلاقات مع الآخرين.
- الأنشطة التي تتطلب رعاية ذاتية مثل تناول الطعام وارتداء الملابس وقضاء الحاجة.
- التنقل من مكان لآخر.
- (وإن أمكن) المشي.

ينبغي علينا جميعاً أن ندرك أن المشي ليس أهم مهارة يحتاجها الطفل، كما أنه ليس المهارة الأولى بالتأكيد، فقبل أن يستطيع الطفل المشي فإنه يحتاج إلى التحكم في الرأس بقدر

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

معقول، كما يحتاج إلى أن يكون قادراً على الجلوس دون مساعدة، وعلى حفظ توازنه أثناء الوقوف.

وبالفعل فإن معظم الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يتعلمون المشي، وإن كان ذلك في كثير من الأحيان يحدث بشكل متأخر كثيراً عما هو معتاد، وبشكل عام فكلما قلت حدة إصابة الطفل وكلما كان بمقدوره بشكل مبكر الجلوس دون مساعدة، وعلى حفظ توازنه أثناء الوقوف.

وبالفعل فإن معظم الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يتعلمون المشي، وإن كان ذلك في كثير من الأحيان يحدث بشكل متأخر كثيرا عما هو معتاد، وبشكل عام فكلما قلت حدة إصابة الطفل وكلما كان بمقدوره بشكل مبكر الجلوس دون مساعدة، فإنه يزداد احتمال قدرته على المشي، وإذا ما استطاع الطفل الجلوس دون مساعدة وهو في سن الثانية، فإن فرصته في المشي قد تكون جيدة، وذلك على الرغم من اشتمال الأمر على عوامل أخرى عديدة، حيث أن بعض الأطفال يبدأون في المشي في سن السابعة أو العاشرة أو حتى في سن أكبر من ذلك.

عادة ما يتعلم الأطفال المصابين بالشلل النصفي أو الشلل المضاعف المشي، إلا أن البعض منهم قد يحتاجون إلى عكازات، أو دعامات، أو غيرها من الأدوات المساعدة الأخرى.

قد لا يمشي مطلقا العديد من الأطفال ذوي الإصابة الحادة، وينبغي علينا تقبل ذلك، وأن نضع في اعتبارنا أهدافا أخرى هامة، فسواء تسنى أم لم يتسنى للطفل المشي يوماً ما، فإنه يحتاج إلى وسيلة ما للتنقل من مكان لآخر، وفيما يلي موقفاً حقيقياً ساعدنا على إدراك أن هناك أشياء أخرى أكثر أهمية من المشي.

حالة:

شقيقين في قرية وكلاهما مصابان بالشلل الدماغي:

- هذا الطفل يمشي ولكن بصعوبة بالغة، فالمشي يجعله يشعر بالتعب وبأنه غير طبيعي مما يجعله يبقى بالبيت ولا يمارس اللعب أو العمل، فهو غير سعيد.
- على الجانب الآخر فإن شقيقه لا يستطيع المشي، ولكنه يجب ركوب الحمار منذ صغره، وهو يستخدم سورا (حائط) صغير لركوب الحمار والنزول من عليه بنفسه، وهو يتنقل لمسافات طويلة ويحصل على أجر مالي مقابل حمل الماء، فهو سعيد.
- لا تقتصر الفائدة من ركوب هذا الحمار على استفادة الطفل منه في التنقل حيث يشاء، ولكنها تفيده أيضا من حيث أن الإبقاء على الساقين متباعدتين يمنع حدوث التقلصات بالركبة، وبهذه الطريقة يتم إدماج العلاج في الأنشطة اليومية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وهناك وسائل عديدة مختلفة لمساعدة الأطفال الذين لا يستطيعون المشي، أو ممن يعيشون بصعوبة، على الوصول إلى الأماكن التي يريدونها، ومن بين هذه الوسائل الألواح ذات العجلات، والعربات، والكراسي المتحركة، وأجهزة المشي الخاصة، والدراجات ثلاثية العجلات ذات البدالات اليدوية.

كيف يمكن تقديم المساعدة للطفل؟

أولاً: بمساعدة الوالدين، والأسرة تقوم بمراقبة الطفل بدقة لمعرفة ما يلي:

- ما الذي يستطيع الطفل القيام به.
- كيف يكون شكل الطفل عندما يتحرك وعندما يكون في وضعيات مختلفة.
- ما الذي لا يستطيع الطفل القيام به، وما الذي يمنعه من القيام به.

ما يستطيع الطفل القيام به:

هل يستطيع الطفل القيام بما يلي:

- رفع يده؟ الإبقاء عليها لأعلى؟ مدها؟
- سحب نفسه على الأرضية بأي طريقة ممكنة؟ الزحف؟ المشي؟
- كيف يستخدم الطفل يديه؟
- هل يستطيع الإمساك بالأشياء والاحتفاظ بها، واستخدام كلا اليدين معا (أم بيد واحدة في كل مرة)؟
- هل يستطيع استخدام أصابع يده لالتقاط الأحجار الصغيرة أو قطع الطعام؟
- ما حجم ما يستطيع الطفل القيام به لنفسه؟
- هل يستطيع تناول طعامه بنفسه؟ والاغتسال بنفسه؟ وارتداء ملابسه بنفسه؟ وهل هو متدرب على استعمال دورة المياة؟

ما الذي يستطيع الطفل القيام به في البيت أو في الحقل لمساعدة أسرته؟

بعد مراقبة ومناقشة ما يستطيع الطفل القيام به، يجب أن نتوقع منه القيام بهذه الأشياء، وإذا كان الوالدان معتادان على القيام بكافة الأمور تقريباً للطفل، فقد يكون ذلك صعباً (بالنسبة لكل من الوالدين والطفل) في البداية، ولكن سريعاً ما سيؤدي ذلك إلى مساعدة الطفل على اكتساب المزيد من الثقة بالنفس، كما أن رؤية ما يستطيع الطفل القيام به بنفسه ستؤدي أيضاً إلى تشجيع الوالدين، وسوف يقلل تفكيرهما في ما لا يستطيع الطفل القيام به وفيما يلي جدة تساعد حفيدتها على أن تصبح أكثر اعتماداً على نفسها:

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

كان من الصعب على الجدة عدم إحضار كوباً من الماء لحفيدتها – خاصة عندما توسلت إليها، ولكنها كانت تعلم أن حفيدتها على المدى الطويل سوف تستفيد من ذلك في إدارة شئون نفسها بنفسها، ولمزيد من الأفكار عن كيفية استطاعة الأسرة مساعدة الطفل المصاب بالشلل الدماغي.

أسباب الشلل الدماغي:

والشلل الدماغي هو إنعكاس لعطب أو أعطاب في أنسجة الدماغ على الوظائف الحركية والمعرفية للأفراد المصابين وتترافق في حدتها وفي انتشارها من الحالات السطحية الطفيفة 70-85٪ IQ إلى الإعاقات البسيطة إلى التخلف العقلي العميق الشلل الدماغي.

وبتعبير موجز ينتج عن عطب معين في الدماغ يحصل قبل أو أثناء أو لفترة وجيزة بعد الولادة أي ضمن مرحلة النمو المتسارع للدماغ وهو عطب نهائي يعبر عن نفسه على امتداد مراحل النمو بقصور ذهني وحركي وهو ليس وراثيا أو معدياً أو متزايد المضاعفات أو سبب للموت المباشر ويحدث للأسباب التالية:

أ. ماقبل الولادة:

- بعض الأمراض مثل الحصبة الألمانية.
- النقص في الأوكجسين.
- عدم توافق فئة الدم الأم والأب إذا كان الأب +RH والأم -RH.
- المشاكل التي ممكن أن تعاني منها الأم مثل السكري أو تسمم الحمل أو تشوهات الحوض أو صغر حجم الحوض – ارتفاع ضغط الدم – تناول عقاقير لا تتلاءم مع الحمل.
- نقص الأوكسجين أو التغذية أثناء الحمل أو الإصابة بالنزيف.
- ضعف المرأة الحامل وعدم اكتمال أو كفاية وظائف الأعضاء لديها.
- وضعية الجنين داخل الرحم.
- التدخين.
- الأجواء الملوثة والمسكرات.

ب. أسباب قرب أو أثناء الولادة:

- نقص الأكسجين (الهواء) عند الولادة، حيث لا يتنفس الطفل بالسرعة الكافية ويصبح لونه أزرق ويكون بطيء الحركة، وفي بعض الحالات فإن سوء استخدام الهرمونات (أوكسيتوسيكس) بغرض تسريع الولادة يؤدي إلى ضيق الأوعية الدموية بالرحم

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

بدرجة شديدة لا يحصل معها الجنين على الأكسجين الكافي، ويولد الطفل وهو أزرق اللون وبطيء الحركة ومصابا بضرر في الدماغ.

- الإصابات الحادية عند الولادة والناجمة عن حالات الولادة المتعسرة، وفي معظم الأحيان يكون هؤلاء المواليد كبار الحجم بينما تكون أمهاتهم صغيرات الحجم أو السن، وقد يتعرض رأس الجنين للضغط ويتغير شكله وتتمزق الأوعية الدموية ويتعرض الدماغ للضرر.
- الولادة المبتسرة، حيث أنه يكون من المحتمل بشكل أكبر للأطفال الذين يولدون قبل 9 شهور ويقل وزنهم عن 2 كيلوغرام (5 أرطال) الإصابة بالشلل الدماغي، وفي البلدان الغنية فإن أكثر من نصف حالات الشلل الدماغي تحدث للأطفال الذين يولدون مبكرا.

ج. أسباب بعد الولادة:

- الارتفاع الشديد في درجة الحرارة نتيجة للإصابة بمرض أو الجفاف (فقدان الماء نتيجة للإصابة بالإسهال)، ويشيع ذلك بصورة أكبر بالنسبة للأطفال الذين لا يحصلون على الرضاعة الطبيعية.
- إصابة الدماغ بمرض (التهاب السحايا.. التهاب الدماغ، وهناك أسباب عديدة مثل الملاريا والسل.
- الإصابات التي تلحق بالرأس.
- نقص الأكسجين الناجم عن الغرق، أو التسمم بالغاز، أو لأسباب أخرى.
- التسمم من طبقات الرصاص التي تطلى بها الأواني الفخارية، والمبيدات الحشرية التي يتم رشها على المحاصيل الزراعية، وغيرها من السموم الأخرى.
- النزيف أو جلطات الدم بالمخ، والتي تكون لأسباب غير معروفة في أغلب الأحيان.
- الأورام الخبيثة بالمخ، والتي تسبب ضررا مستمرا بالدماغ تكون علاماته مشابهة لعلامات الشلل الدماغي ولكنها تسوء بشكل منتظم.

نسبة الإصابة:

ما هي نسبة الإصابة؟

يعتبرالشلل الدماغي من أكثر الإعاقات الحركية حدوثاً، ونسبة أنتشارة متباينة ومختلفة بسبب أختلاف أدوات التشخيص، ونسبة الإصابة بالشلل الدماغي هي أحد مقاييس مستوى الرعاية الصحية للحوامل وعند الولادة، وقد أستطاعت الدول المتقدمة من تقليل تلك النسبة بالرعاية الصحية والتوعوية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

في الولايات المتحدة الأمريكية تقدر الأصابة بالشلل الدماغي بحالتين لكل ألف ولادة (1/ 200 ولادة) ، ولكن النسبة الحقيقية أعلى من ذلك وتصل إلى خمس حالات لكل الـف مولود عند إحتساب الأصابات البسيطة وما يتم تشخيصه متـأخراً (بعـد سـن الخامسة مـن العمر) ، أما في الدول العربية فلا يوجد أحصائيات حقيقية عن نسبة الأصابة بالحالة.

يحدث الشلل الدماغي لدى جميع الفئات بغض النظر عن العرق أو اللـون أو الحالـة الاجتماعية أو الوضع الاقتصادي، ولكن يتأثر بمستوى الرعايـة الـصحية للحوامـل وعنـد الولادة، ومع زيادة الوعي والرعاية الصحية بـدأت حـالات الـشلل الـدماغي بالتنـاقص في الكثير من البلدان العربية، كما لوحظ نقص في بعض أنواع الشلل الدماغي الناتج عن توافق فصيلة الدم بين الوالدين (عامل الرسيس) نتيجة الأكتشاف المبكر له.

نسبة الأنتشار بين الذكور والأناث:

يحدث الشلل الدماغي بنبـة متقاربـة، فيـصيب الـذكور بنـسبة 55% والأنـاث بنـسبة 45%.

مقاييس النمو للأطفال ذوي الشلل الدماغي:

يختلف النمو في الأطفال المصابين بالشلل الدماغي مقارنة بالأطفال الآخرين في نفس العمر، في الطول والوزن ومحيط الرأس، هذا الاختلاف قد لا يلاحظ في السنوات الأولى من عمر الطفل، و قد لا يظهر في السنوات الأولى بشكل واضح

الأسباب:

لم تعرف الأسباب في ذلك فلو كان الطفل المصاب بالشلل الربـاعي كـبير الحجـم لما استطاعت والدته حمله والعناية به مع التقدم في العمر، ومن تلك الاسباب:

- ضعف في تطور العظام
- ضعف الحركة العضلية المطلوبة لبناء الجسم
- نمو الدماغ
- سوء التغذية
- نقص الحنان والإهمال
- هرمون النمو، ولكن نقص هرمون النمو نجده في نـسبة ضـئيلة مـن المـصابين، لـذا لا نحتاج الى قياسه

من أجل ذلك قامت الجمعية الأمريكية لأخـصائي التغذيـة بإيجـاد رسـم لمتابعـة نمـو هؤلاء الأطفال يختلف عن الرسم الخاص للأطفال العاديين، وفي ما يلي نماذج منه:

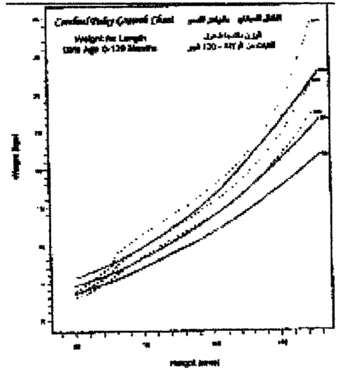
رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

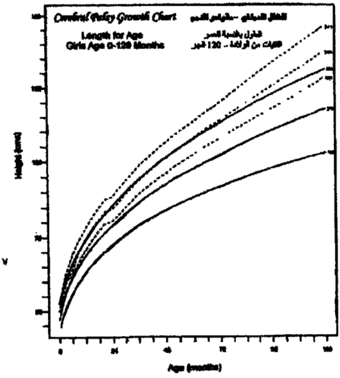
هذه المقاييس (مقياس النمو) هي :

أولاً: مقاييس النمو للذكور من الولادة حتى 120 شهر:

أ. مقياس الوزن بالنسبة للعمر:



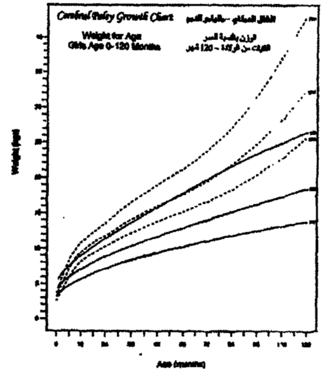
ب. مقياس الطول بالنسبة للعمر



رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

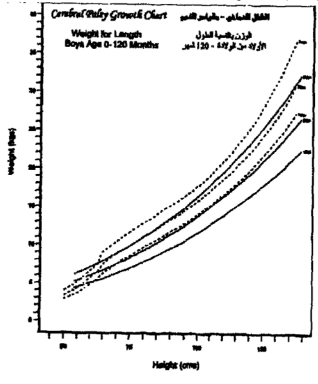
https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ج. مقياس الوزن بالنسبة للطول



ثانياً: مقاييس النمو للإناث من الولادة وحتى 120 شهر:

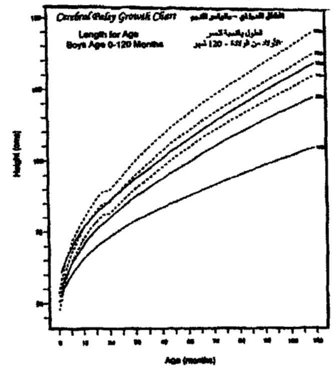
أ. مقياس الوزن بالنسبة للعمر.



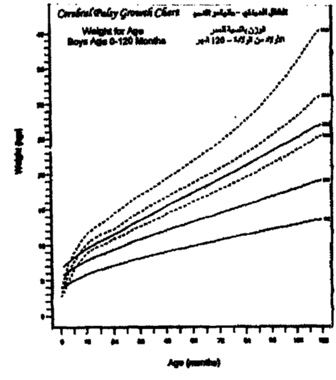
رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ب. مقياس الطول بالنسبة للعمر



ج. مقياس الوزن بالنسبة للطول



رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الأعراض المصاحبة للشلل الدماغي:

الشلل الدماغي ليست مشكلة حركية فقط، ولكن المشكلة الحركية هي الأكثر وضوحاً في النظرة العامة للطفل، ومع وجود المشاكل الحركية هناك مشاكل أخرى مثل :

- المشاكل الحسية
- المشاكل البصرية
- نقص السمع
- مشاكل النطق وصعوبات الكلام
- تكرر التهابات الأذن والصدر
- التهاب اللثة ومشاكل الأسنان
- سيلان اللعاب
- المشاكل السلوكية
- عدم التحكم في البول والبراز
- صعوبات التعلم
- نقص القدرات الفكرية
- مشاكل التغذية
- التقيوء والأستفراغ
- الإمساك
- نقص النمو
- الصرع
- التأثيرات الحركية
- التشوهات الجسمية

المشاكل الحسّية :

جميع الحواس الخمس تتأثر في حالة الشلل الدماغي الشديدة، ولكن النسبة تختلف من نوع لآخر، ومثال على ذلك:

- فقد حاسة اللمس أو زيادتها
- زيادة حساسية التذوق ونقصها
- نقص الشم
- نقص السمع
- مشاكل البصر

المشاكل البصرية :

يعاني حوالي 50% من الأطفال المشلولين دماغيا من مشكلات بصرية منها:

- الحول (شلل العضلات) 40%
- ضمور العصب البصري 20%
- ضعف البصر 30%
- عيوب الإنكسار مثل قصر النظر.
- رأرأة العين Nystagmus وهي حركة أهتزازية للعين، غير إرادية
- نقص في مجال الرؤية Visual field defect وخصوصاً من لديهم شلل نصفي

المشاكل السمعية:

تبلغ نسبة الأعاقة السمعية 15-25٪ من الحالات، وخصوصاً المصابين بالشلل الكنعي لإرتباطه بالحصبة الالماني وعدم توافق فصيلة الدم:

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- نقص السمع الحسي العصبي (10%)
- نقص السمع التوصيلي (التهابات الأذن الوسطى)

مشاكل النطق والكلام:

الكلام يحتاج إلى تناسق في حركة مجموعة من عضلات الفم واللسان، لذلك نلاحظ صعوبة الكلام والنطق، ومن أهم المشاكل الناتجة:

- عسر الكلام
- صعوبة النطق
- وتيرة الكلام
- تأخر الكلام

تكرر التهابات الصدر والأذن:

التهابات الرئة مع التهابات الأذن الوسطي من الحالات المتكررة في الأطفال المصابين بمشاكل في عضلات الفم والبلع، في أغلب الأحيان يكون هناك عدم توافق بين البلع والتنفس، وعدم أنغلاق اللهاة، مما يؤدي إلى ذهاب جزء قليل من الأكل أو اللعاب إلى الرئة، فنلاحظ أن الطفل يشرق، وقد يتبعه صعوبة في التنفس بسبب ما يسمى الألتهاب الكيماوي، الذي يكون بيئة جيدة لتكاثر البكتيريا، ومن ثم الألتهاب البكتيري للرئة.

والتهاب الأذن الوسطى يحدث نتيجة تكرر التهابات البلعوم وأنسداد قناة أستاكيوس، مما قد يؤثر على السمع، لذلك فإنها تحتاج إلى متابعة وعلاج.

التهاب اللثة ومشاكل الأسنان:

التهابات اللثة مشكلة مزمنة لدى المصابين بالشلل الدماغي يصاحبها مشاكل متعددة في الأسنان ومن أهمها التسوس، كما يلاحظ أن رائحة الفم كريهة.

سيلان اللعاب:

من المشاكل الملاحظة في الأطفال المصابين بالشلل الدماغي هو وجود سيلان اللعاب، وهو يحدث نتيجة الشلل في عضلات الفم والبلع، فيصبح شكله غير جيد ورائحة فمه كريهة، مما يجعله منبوذاً من المجتمع، ومتعبا في المتابعة، وهو ما يؤدي إلى أنعكاسات سلبية على نفسية الطفل، ومن الصعوبة التحكم فيه، ويمكن عن طريق تدريبات معينه الأقلال منه.

المشاكل السلوكية والنفسية:

تظهر هذه المشاكل في جميع مراحل العمر وتبلغ نسبتها 4-5 أضعاف نسبته في الأطفال العاديين، وليس السبب في حدوثها إصابة الدماغ ولكن تتركز الأسباب في الضغوط النفسية على الطفل والعائلة، مما يسبب ضيقاً لمن يقوم برعايته، وإعاقته قد تؤدي إلى زيادة إحباطاته، ومن أهم هذه المشاكل :

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- إضطراب النوم
- البكاء
- حدة الطبع
- الأنطوائية
- قلة التركيز

عدم التحكم في البول والبراز:

في أكثر أنواع الشلل الدماغي المتوسطة والشديدة هناك عدم تحكم في البول والبراز، مما يجعل العناية بالطفل صعبة على الوالدين ويجعله معتمداً على الحفاض، وذلك له أنعكاسات سلبية على نفسية الطفل، كذلك العناية به في المنزل والمدرسة.

صعوبة الأكل :

الكثير من العضلات التي تستخدم في الكلام تستخدم في الأكل والمضغ، ولعدم وجود التوازن في الحركة العضلية للفم واللسان يكون هناك صعوبة في المضغ والمص مثل أكل الأيس كريم أو الشرب من خلال المصاص، وفي البعض حتى المأكولات الصلبة، وهو ما قد يؤدي إلى سوء التغذية.

التقيوء والأستفراغ:

يحدث ذلك نتيجة ارتخاء الصمام العضلي الواقع بين المريء والمعدة، ومع وجود مشاكل في عضلات البلع والفم، فيلاحظ تكرار الإقياء (الأستفراغ)، ويمكن علاج تلك الحالات بالأدوية أولاً، وفي حالة فشلها بالجراحة.

الإمساك :

الإمساك من الحالات كثيرة الحدوث لدى المصابين بالشلل الدماغي نتيجة إرتخاء العضلات وسوء التغذية، ويمكن منعها بإستخدام الأغذية الغنية بالألياف (الفاكهة والخضار) والتدريب على الحمام وتنظيم وقته، وفي حالات الضرورة إستخدام تحاميل الجلسرين.

نقص النمو:

نقص النمو المقصود به نقص الطول أوالوزن أومحيط الرأس أو جميعهم مقارنة بالأطفال في نفس العمر، وقد لا يظهر في السنوات الأولى بشكل واضح، كما أن هناك ضعف في تطور العظام، ولم يتمكن معرفة أسباب ذلك في غالبية الحالات، ولكن الحركة العضلية والنشاط مطلوب لبناء الجسم، وهناك دوراً مجهولاً للدماغ في النمو، كما أن سوء التغذية ونقص الحنان والإهمال تلعب دوراً مهماً، أمّا نقص هرمون النمو ففي نسبة ضئيلة من المصابين، ويمكن القول أنها إرادة الله، فلو كان الطفل المصاب بالشلل الرباعي كبير الحجم لما استطاعت والدته حمله والعناية به مع التقدم في العمر.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

صعوبات التعلم :

25-50٪ من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لديهم أحد أنواع صعوبات التعلم، ونفس هؤلاء الأطفال قد يكونون مجيدين في أنواع أخرى.

صعوبات التعلم تعني نقص أحد القدرات اللازمة للتعليم وفهم اللغة وأستعمالها، ولا يعني التخلف الفكري، ومن أسبابها نقص القدرة على السمع، التفكير، الكلام، القراءة، الكتابة، التهجئة، الحساب، وقد تؤدي صعوبة التعلم إلى درجة من درجات التخلف الفكري، فالأطفال الذين لديهم تخلف بسيط يمكنهم تعلم القراءة والكتابة والحساب، ولكن عندما يكون التخلف شديداً فإنهم يحتاجون إلى الكثير من الوقت والجهد وقد يحتاجون إلى تعليم خاص للوصول للهدف.

الذكاء والتخلف الفكري :

في حوالي 70٪ من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي التشنجي يكون مستوى الذكاء عادياً (في المعدل الطبيعي 70-90) ومن الصعوبة تقييم مستوى الذكاء لديهم بالدقة المطلوبة بسبب وجود المشاكل الحركية والحسّية وعدم القدرة الكاملة على التواصل مع الآخرين.

التأثيرات الحركية:

الشلل الدماغي ليس صورة واحدة، وقد نجد لدى الطفل الواحد أكثر من مشكلة، ومنها:

- التصلب العضلي
- الإرتخاء العضلي
- اختلال التناسق العضلي
- اختلال الإتزان
- إختلال القوام والتشوهات الجسمية

التشوهات الجسمية :

نتيجة تصلب المفاصل والأطراف ونقص النمو في العديد من المصابين بالشلل الدماغي تحدث تشوهات متعددة للجسم، كما أن تأثير الأفعال المنعكسة البدائية Primitive reflexes، وزيادة التقلص في مجموعة من العضلات بشكل مستمر يؤدي إلى بعض المضاعفات ومنها:

- انخلاع الورك
- قسط المفاصل مثل الركبة والكوع والرسغ
- الجنف Scoliosis: وهو التقوس الجانبي للعمود الفقري
- الحدب :Kyphosis وهو التقوس الخلفي للعمود الفقري

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- البزخ Lordosis: وهو التقوس الأمامي للعمود الفقري
- تشوهات الكاحل والقدم مثل القدم الروحاءValgus، القدم الفحجاءVarus، القدم القفداء Equinus

صعوبات التغذية لذوي الشلل الدماغي:

أظهرت الدراسات أن صعوبات البلع التي تحدث عند المعاقين تكون نتيجة لاضطراب في الجهاز العصبي المركزي وتدهور في التحكم العصبي العضلي مما ينجم عنه حدوث مشاكل في التغذية والصحة العامة للمعاق وبالتالي تؤثر في كمية الطعام التي يتناولها والسوائل التي يحتاجها ومن ثم ينجم عنها مشاكل في سوء التغذية وجفاف بالجسم وشرقة واستنشاق بعض الطعام في الرئة وحدوث التهابات رئوية للمعاق، ومن هنا تكمن نوعية الطعام التي يحتاجها المعاق وكميته التي تناسب حالته المرضية وحالة ووضع المعاق اثناء تناول الطعام.

عملية بلع الطعام:

تمر عملية بلع الطعام من التجويف الفمي إلى المعدة بثلاث مراحل اساسية هي:

1. مرحلة التجويف الفمي
2. مرحلة المرور البلعي
3. مرحلة المرور بالمرىء مرحلة عملية البلع

- يتحرك الطعام في الفم
- ترتفع اللهاة وتسد فتحتي الأنف الداخلية
- مرور كتلة الطعام من خلال الصمام العلوي للمرىء
- مرور كتلة الطعام خلال كتلة المرىء
- من خلال ما سبق نجد ان هناك تجانسا عصبيا حركيا في عملية مرور الطعام من الفم الى المعدة.

مشاكل التغذية لدى المعاقين:

- عدم القدرة على مضغ الطعام لوجود مشاكل بالأسنان
- صعوبة البلع في بعض الحالات المرضية
- عدم القدرة على الاعتماد على النفس عند تناول الاطعمة
- عدم القدرة على اختيار نوعية الطعام
- عدم القدرة على تحديد متى يتم التوقف عن الطعام

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- عدم قدرة بعض الحالات على تذوق الطعام

الأمراض التي تؤدي إلى صعوبة في التغذية:

- حالات الشلل الدماغي
- الجلطة المخية التي تؤدي لحدوث شلل نصفي
- الشلل الرباعي
- التهابات خلايا المخ وإصابته بالتسمم

كيف يمكن مساعدتهم على التغذية

وضع البرامج اللازمة للمساعدة في الاعتماد على النفس من خلال ما يلي:

- اختيار ادوات الطعام المناسبة لاعاقة الشخص
- تدريب المعاق للاعتماد على النفس
- ان يكون المعاق في وضع مناسب اثناء تناوله الطعام
- اختيار بعض الاجهزة التعويضية للمساعدة على بلع الطعام في الحالات التي يتعذر عليه ذلك من خلال استخدام انابيب التغذية والمضخات التي تساعد في عمليات البلع عندما يكون الطعام بصورة سائلة
- مساعدة من يستطيع منهم في اختيار نوعية الطعام.
- مراعاة نوعية الطعام والغذاء
- اجراء بعض العمليات الجراحية لمن يحتاج منهم ذلك للتغلب على تلك المشكلة

توصيات:

1. وضع المريض بحيث يكون الجلوس في وضع 90 درجة وان يكون الرأس منحنيا قليلا الى الامام وان يكون المريض في هذا الوضع اثناء الاكل وبعد الاكل بنصف ساعة حتى يسمح بنزول الاكل في المرىء.
2. مكونات الطعام:
3. حالة المعاق أثناء تناول الطعام:

- ان يكون في حالة استرخاء
- عدم الاسراع في تناول الطعام
- تكون كمية الطعام قليلة
- يأكل المعاق بالطريقة التي يعتقد انها مريحة له.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

اضطرابات النطق لدي ذوي الشلل الدماغي

يشير الشلل الدماغي إلي مجموعة من الأعراض تتمثل في ضعف الوظائف العصبية ، ينتج عن خلل في بنية الجهاز العصبي المركزي أو نموه فهو اضطراب في النمو الحركي يحدث في مرحلة الطفولة المبكرة نتيجة تشوه أو تلف في الأنسجة العصبية الدماغية مصحوباً باضطرابات حسية أو معرفية أو انفعالية فالشلل الدماغي هو أحد الإعاقات الجسمية في الجانب الحركي يظهر علي شكل ضعف في الحركة أو شبه شلل أو عدم تناسق في الحركة يسببه تلف مناطق الحركة في الدماغ.

كشفت نتائج العديد الدراسات عن أن الاضطرابات العصبية الحركية تظهر أن اضطرابات النطق تنتشر بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي بما يقرب من 70٪ إذ تسبب أنواعاً كثيرة من الشلل الدماغي مشكلات في النطق وذلك بسبب إصابة مراكز الدماغ التي تحد من القدرة علي ضبط وتحريك العضلات المسئولة عن الكلام ، ومنها عضلات الفكين والحلق واللسان والرئتين أو إصابة الأعصاب التي تنتهي في هذه العضلات هذا إلي جانب إصابة المنطقة الصدغية المسئولة عن النطق في المخ. وعادة يكون التنفس المضطرب هو السبب الرئيسي في اضطرابات النطق لدي المصابين بالشلل الدماغي.

ومن أهم أشكال اضطرابات النطق والتي يعاني منها الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ما يلي:

1. شلل عضلات النطق Dysathria: تحدث اضطرابات النطق نتيجة لوجود شلل في العضلات والأجهزة المسئولة بشكل مباشر عن إنتاج الكلام ويحدث هذا الشلل بسبب إصابة الدماغ في المنطقة المسئولة عن الحركة والتي تؤدي نفسها إلي حالة الشلل الدماغي وتجدر الإشارة هنا إلي أن الفرد المصاب بالشلل في عضلات النطق يجد صعوبة بالغة في لفظ الأصوات بشكل مناسب.
2. الخلل في اختيار وتتابع الكلام (اللابراكسيا Apraxia) يظهر الخلل في اختيار وتتابع الكلام علي شكل صعوبة في اختيار مواقع الأصوات والمقاطع في الكلمات والجمل، ويحدث نتيجة الإصابة العضوية العصبية وبالتالي فإن الذي يعاني من هذا النوع من الاضطراب يغير المواقع والمقاطع كما أن هذا الاضطراب يظهر علي شكل خلل في تتابع الكلمات والعبارات بترتيب ونسق معين يبدو معه الفرد غير قادر علي إعادة الكلمات والعبارات بشكل صحيح.
3. فقدان النطق Aphasis: وهو فقدان كلي أو جزئي في اللغة الاستقبالية أو التعبيرية أو كليهما خاصة إذا أصيبت المراكز الدماغية المسئولة عن اللغة، وعادة ما تكون هذه

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الإصابة ناتجة إما عن نزيف أو جلطة دموية في الدماغ. وما نركز عليه هنا هو الجانب التعبيري للغة والذي يشمل قدرة الفرد علي التعبير اللفظي والتواصل مع الآخرين والفشل في التعبير اللفظي في حالة فقدان النطق بشكل كلي أو ضعف في التعبير اللفظي يكون سببا عن عوامل عضوية وهو المقصود بفقدان النطق.

الشلل الدماغي والقدرات اللغوية

الإنسان هو الوحيد من المخلوقات الذي حباه الله بهذه القدرة المميزة، واللغة والكلام أداة تعبير واتصال بالآخرين، أداة تعبر عن الذكاء والسلوك، وهذه القدرات اللغوية مرتبطة مع نمو الطفل العقلي والحركي، وتحتاج الى صقل وتدريب لترفع من مستواها، ومن ثم ترفع من مستوى الذكاء.

الكلام Speech واللغة Language كثيراً ما يستعملان كمترادفين، ولكن يجب التمييز بينهما، فالكلام يعني أستعمال الكلمات واللغة تدل على التعبير عن الأفكار بالكلمات، ولتقييمه فهناك مرتكزان أساسين هما:

- السن التي يبدأ فيها الطفل بنطق الكلمات
- والسن التي يجمع هذه الكلمات مكوناً منها جملاً مفيدة.

وتأخر الكلام لا يمكن أن يعتبر بحد ذاته دليلاً على وجود تخلف فكري، ولكنه أحدى طرق التواصل التي يمكن عن طريقها تقييم الذكاء.

الشلل الدماغي والقدرات اللغوية

هناك مشاكل لدى المصابين بالشلل الدماغي تحد من نمو القدرات اللغوية نوجزها كما يلي :

- ضعف السمع (التوصيلي، العصبي)
- تكرار التهاب الأذن الوسطي
- نقص التواتر او زيادته مع عدم توازن الحركة في الفم والحجاب الحاجز، الأحبال الصوتية
- التخلف الفكري بدرجاته المتفاوتة

المشاكل السمعية :

تبلغ نسبة الأعاقة السمعية 15-25٪ من الحالات، وخصوصاً المصابين بالشلل الكنعي لإرتباطه بالحصبة الالماني وعدم توافق فصيلة الدم

- نقص السمع الحسي العصبي (10%)

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- نقص السمع التوصيلي (التهابات الأذن الوسطى)

مشاكل النطق والكلام:

الكلام يحتاج إلى تناسق في حركة مجموعة من عضلات الفم واللسان، والطفل المصاب بالشلل الدماغي تتأثر لديه العضلات الحركية التي تتحكم بالأطراف (اليدين والرجلين) وكذلك عضلات الرقبة والجذع وعضلات الفم واللسان، والتي تؤثر على طريقة تحريك الرأس والوجه والفم، لذلك نلاحظ صعوبة الكلام والنطق، ومن أهم المشاكل الناتجة:

- عسر الكلام: وهو اضطراب ناتج عن عدم القدرة على ضبط الحركات العضلية للفم واللسان
- صعوبة النطق وعدم معرفة ما يقوله الطفل المصاب نتيجة فقد طبقة الصوت أو فقد التفاوت في شدة الصوت
- نلاحظ المجهود الكبير الذي يقوم به للنطق ببعض الكلمات البسيطة وذلك لعدم قدرته على التنسيق في تحريك الشفاة واللسان وصعوبة التحكم في التنفس وقوته لخروج الصوت (الأحبال الصوتية)
- قد يكون الكلام بوتيرة بطيئة وتلفظ غير واضح، وقد تكون الكلمات متداخلة
- وجود تغير في قسمات الوجه عند الكلام قد يعتبرها البعض مضحكة
- البعض يتكلم من أنفه (لخروج الهواء بكثرة من الأنف)
- تأخر الكلام: لوجود مشاكل سمعية، صعوبة حركة عضلات الفم، تأخر النمو المعرفي.
- الحبسة: وهو عدم القدرة على النطق.

التقييم والعلاج :

- يقوم أخصائي السمعيات بتقييم حالة الطفل وإجراء الأختبارات اللازمة كقياس السمع (حسب عمر الطفل) ومن ثم معرفة نوع الإعاقة السمعية (نقص السمع العصبي أو التوصيلي) ومن ثم التوصية بإستخدام السّماعات اللازمة عند الإحتياج لها.
- يعمل أخصائي النطق والتحادث على معرفة وتحديد طبعية المشاكل اللغوية وقدرات الطفل الكلامية ومن ثم بناء مهارات وخبرات جديدة
- محاولة السيطرة على الصعوبات التي يواجهها ليكون كلامه واضحاً ومفهوماً
- بناء الخبرات اللغوية بزيادة حصيلته منها وتدريبه على الجمل المفيدة السهلة، بإستخدام الأساليب العلاجية لتنمية المهارات

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

اللغة الإستقبالية والتعبيرية

- العلاج الكلامي عن طريق الإسترخاء الكلامي والتمرينات الإيقاعية في الكلام، والتدرج من الكلمات والمواقف السهلة إلى الصعبة.
- تدريب اللسان والشفاه والحلق (مع الإستعانة بمرآة)
- تمرينات البلع والمضغ (لتقوية عضلات الجهاز الكلامي) وتمرينات التنفس.
- إستخدام طرق تنظيم سرعة الكلام (التروي والتأني) والنطق المضغي وتمرينات الحروف الساكنة والحروف المتحركة
- غير القادرين على الكلام يمكن تدريبهم على لغة الإشارة، وإستخدام الكمبيوتر والصّور، لتكون أسلوباً للتواصل مع المجتمع من حوله.

كيف تظهر القدرة اللغوية؟

القدرة اللغوية كامنة في الإنسان، ولكي يكتمل ظهورها فإنها تحتاج الى أعضاء سليمة وتدريب سليم، فالأعضاء هي الأذنين وأعصاب السمع والدماغ، وعضلات الفم واللسان، فالطفل الذي لا يسمع لا يتكلم، وكذلك المصاب في أعصابه أو دماغه. وعندما نقول أنها كامنة، لنؤكد أهمية التدريب والتعليم، وأهمية إحتكاك الطفل مع المجتمع، فالطفل المولود في الغابة (كما في الحكايات) تظهر عليه لغة من دربه وعلمه، عبارة عن أصوات غير معروفة أو مفهومة.

كيف نتكلم ونخرج الأصوات؟

الكلام من أهم طرق التواصل التي يتميز بها الإنسان، ولكي نقوم بالكلام نحتاج إلى عمل الكثير من العضلات وتوازنها، فعضلة الحجاب الحاجز تتحكم في قوة الهواء الخارجة ومن ثم في قوة الصوت، والأحبال الصوتية تتحكم في حدة الصوت، وعضلات الفم واللسان تتحكم في نوع الصوت، والطفل المصاب بالشلل الدماغي لديه عطب في الأعصاب التي تتحكم في الصوت ومن ثم الكلام، وقد يجد الطفل صعوبة كبرى في الكلام ونوعه، وقد نلاحظ أنه يتكلم بطريقة صعبة قد يضحك منها الكثيرون.

فالبعض منهم لديه صعوبة في النطق كالتلعثم وما يسمى رثة الكلام Dysarthia او لديهم خلل في إختيار وتتابع الكلام وهو ما يسمى خرق الكلام Apraxia، والتي تظهر على شكل صعوبة في إختيار مواقع الأصوات والمقاطع والجمل، والكلام التشنجي والعيوب الصوتية، والسرعة الزائدة في الكلام، وقد يصاحب الكلام حركات لا إراديه مثل حركة الوجه والرأس وحتى الجسم كله.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

تنمية القدرات اللغوية:

في الأسابيع الأولى بعد الولادة لا يستطيع الطفل السمع أو أن يسمع الأصوات العالية فقط، ففي هذه المرحلة يبدأ بالتعبير عن إحتياجاته بالصراخ والبكاء، ومع نهاية الشهر الثالث من العمر يبدأ بإخراج أصوات مميزة من الحنجرة، ثم يتطور الأمر فيبدأ بالتعبير عن شعوره بأصوات مميزة تدل علي الرضا وأخري عن الألم، وإبتداء من الشهر السابع تبدأ الكلمات الواضحة والمميزة في الظهور مثل (بابا، ماما) تزداد في الشهر التاسع لتكون هذه الكلمات مصحوبة بالإشارة (باي باي - تعالي) ، وفي هذه المرحلة تبدأ أهمية التعليم والتدريب، فمع الحب والحنان وقيام الوالدين بإعطاء طفلهم الوقت اللازم والحديث معه، وتكرار الكلمات البسيطة وترسيخها في ذهنه، يزداد البناء وتتطور المهارات والقدرات اللغوية.

من الشهر التاسع والعاشر يبدأ الطفل في معرفة الكلمات التي يسمعها، وقد لا يستطيع ترديدها، يستجيب للمتكلم أو يلتفت له عند سماع صوته، يفهم أكثر مما يتكلم.

يتطور الأمر في السنة الثانية من العمر ليزيد محصول الكلمات الواضحة والمفهومة ويستطيع الربط بينهما، وأن يعبّر عن نفسه لغوياً ويطلب من أمه الأشياء ويعبر عن نفسه بالكلام والحركة معاً، يعرف الأشياء بأسمها، ويستخدم كلمة واحدة ولكن كلمات كثيرة، ومع نهاية السنة الثانية يبدأ بربط كلمتين مع بعظهما البعض، كما يردد بعض الكلمات، وفي السنة الثالثة يزيد مخزونه من الكلمات إلى مائتي كلمة، ويستخدم ثلاث كلمات للتعبير، يسمى أجزاء جسمه، وفي نهايتها يفهم الآخرون ما يقوله، وفي السنة الرابعة يفهم ويعبر عن ما حوله، ويتكلم بكلام مفهوم، يسأل ويجيب على الأسئلة، كما يمكنه سرد قصة قصيرة.

أنواع الشلل الدماغي:

تحدث الإصابة بالشلل الدماغي نتيجة حصول عطب وخراب في مجموعة من الخلايا المخية أو الحزم العصبية التي تتحكم في مجموعة من العضلات، مكان هذا العطب وحجمه يختلف من شخص لآخر، وعليه تكون الأعراض مختلفة حسب نوع الإصابة ومكانها ودرجة تأثيرها، ومهما كانت الأعراض ودرجتها فهي تندرج تحت مسمى واحد --- الشلل الدماغي.

ومع ذلك فقد تم تقسيم الشلل الدماغي إلى عدة أنواع معتمدة على الأعراض المرضية لربط التشخيص برباط واحد، ولتسهيل التعامل مع الحالة للمجموعة العلاجية.

ما هي الأسس التي يتم على أساسها تصنيف أنواع الشلل الدماغي؟

إصابة الدماغ تختلف من شخص لأخر حسب مكان الإصابة وحجمها، هذا التأثير قد يأخذ صور شتى، فتناغم العضلات يعتمد على الإشارات المرسلة من الدماغ، هذا

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

التناغم هو ما يحفظ الجسم في وضع معين ثابت، وهو ما يجعل الحركة منتظمة وموزونة، وإختلاف التناغم العضلي بين الشد والإرتخاء هو ما يجعلنا نقوم بتلك الحركة كالمشي مثلاً، وتوازن التناغم العضلي هو ما يجعل الجلوس ثابتاً بلا حركة، ولكن عند سيطرة مجموعة من الإشارات العصبية على وضع معين فقد يعطينا صورة ثابتة للعضلة كالشد مثلاً (زيادة التناغم أو ما يسمى بالتشنج العضلي) حيث نرى جميع عضلات المنطقة مشدودة دائماً وبدون إرادة الشخص نفسه، كما قد تظهر حركات غير سوية بدون إرادة الشخص، مما يجعل هذه الحركة شاذة ومحبطة له على القيام بالحركة المنتظمة المتوازنة.

التصنيف حسب شدة الإعاقة :

وهو التصنيف الذي يعتمد على شدة أو درجة الإعاقة الحركية، وهي درجات قد تتغير مع العلاج الطبيعي والتمارين، وتزداد سوءاً مع الأهمال، وتقسم إلى :

- الحالات البسيطة: حيث يستطيع الطفل المشي وأستخدام أطرافه الأربعة بدون مساعدة دائمة له.
- الحالات المتوسطة: الطفل يحتاج إلى أجهزة تعويضية وتدريب للمشي وأستخدام اليدين، وهو ما يحتاج إلى علاج طبيعي مستمر.
- الحالات الشديدة: قد لا يستطيع الطفل المشي بسهولة ويعتمد على الكرسي المتحرك في تنقلاته، ويحتاج إلى العلاج الطبيعي والتمارين بشكل مستمر.

أنواع الشلل الدماغي حسب مكان الإصابة

قامت الجمعية الأمريكية للشلل الدماغي American Academy for Cerebral Palsy بتقسيم حالات الشلل الدماغي تشريحياً وحسب موقع التأثر (المنطقة المصابة) في الجسم، مع عدم التطرق إلى التأثيرات غير الحركية، إلى الأنواع التالية :

- الشلل الرباعي Quadriplegia or tetraplegia حيث يكون الشلل في الأطراف الأربعة.
- الشلل الشقي (الفالجHemiplegia (حيث يكون الشلل في نصف الجسم
- الشلل النصفي Paraplegia حيث يكون الشلل في الأطراف السفلية
- الشلل الثلاثي Triplegia حيث يكون الشلل في ثلاثة أطراف
- شلل أحادي الطرف Monoplegia حيث يكون الشلل في طراف واحد فقط
- الشلل النصفي الطرفي المزدوج Diaplegia حيث يكون الشلل في الأطراف الأربعة، ولكن في الأطراف السفلى أكثر وضوحاً من الأطراف العليا

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- الشلل الشقي المزدوج Douple hemiplegia حيث يكون هناك شلل في الأطراف الأربعة، ولكن في الأطراف العليا أكثر منه في الأطراف السفلى.

نسبة الإصابة حسب كل نوع

تختلف هذه النسب حسب نوع الدراسة ونسبة إنتشار المسببات، وفي دراسة أجريت في نيويورك وجد 73% 4. الشلل الدماغي التشنجي، 1٪ الشلل الدماغي الكنعي، 12.5 ٪ الشلل الدماغي الرنحي، 7 ٪ الشلل الدماغي المختلط، 3 ٪ الصّمَل، 0.5 % الأهتزازي.

في نفس الدراسة وجد 47٪ رباعي الأطراف، 46٪ شلل شقي (فالج(، 5% طرفي.

أنواع الشلل الدماغي وظيفياً

بالإضافة إلى تقسيم الأنواع حسب مكان الأصابة فإنه من الممكن تقسيم الشلل الدماغي سريرياً حسب الأعراض المصاحبة للخلل الحركي السائد إلى عدة أنواع منها :

1. **الشلل الدماغي التشنجي (التقلصي) SPASTIC CP**

- أكثر الأنواع شيوعاً حيث يبلغ 50-60٪ من الحالات
- يكون السبب في 80٪ من الحالات الولادة قبل الأوان
- الإصابة عادة ما تكون في قشرة الدماغ Cerebral cortex
- يكون هناك زيادة في مستوى القوة العضلية
- أصابة المراكز العليا للوظائف الحيوية مثل السمع والبصر والأدراك بدرجات متفاوتة.

2. **الشلل الدماغي الكنعي (الدودي) ATHETOID CP**

- الإصابة في العقد العصبية القاعدية Basal ganglion
- تظهر الأعراض على شكل إرتخاء في أحد الأطراف أو مجموعة منها
- وجود حركات دودية للأطراف (بوجود الحركة، بعدم وجود الحركة)
- قد يكون مصحوباً بسيلان اللعاب مع صعوبات في السمع والكلام.

3. **الشلل الدماغي الرنحي (اللاتناسقي الحركي) ATAXIC CP**

- الإصابة عادة ما تكون في المخيخ Cerebellum
- تظهر الأعراض على شكل عدم توازن وحركات غير طبيعية رجفانية وإرتعاشية غير منتظمة.

4. **الشلل الدماغي المختلط MIXED CP**

في هذا النوع لا تنطبق عليه اعراض الأنواع السابقة، ولكن هناك بعض الأعراض من كل نوع نتيجة إصابة أكثر من منطقة بدرجات متفاوتة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

5. **أنواع أخرى أقل إنتشاراً، ومنها :**

- عسر القوة العضلية Dystonia: حيث تظهر على شكل تحرك الجسم بشكل متقطع، آخذاً وضعيات شاذة
- التصلب Rigidity تيبس المفاصل والأطراف مع وجود مقاومة مستمرة على طول مدى الحركة (علامة أنبوب الرصاص) Lead pipe
- الارتعاش Tremor وهي حركات إهتزازية تحدث في الأطراف
- غياب القوة العضلية Atonia وهو وهن العضلات وإرتخائها التام

الشلل الدماغي التشنجي SPASTIC CP

التشنج (التقلص) العضلي يعني تيبس العضلة في وضع الإنقباض نتيجة زيادة القوة العضليةMuscle tone وهو ما يسمى بفرط القوة العضلية Hypertonia، والإصابة مكانها في قشرة الدماغ Cerebral cortex، وتحدث في 50-60٪ من الحالات تقريباً، ولتعدد نوعية الإصابة فإن الأعراض تختلف من حالة لأخرى، وتكون الأعراض المرضية المصاحبة على الصورة التالية:

- الأطفال المصابين عادة ما يتأخرون في الحبو والجلوس والمشي
- تظهر العلامات الأولى كعدم السيطرة على عضلات الرقبة والجذع
- تكون اليدان مقبوضتين والمفاصل مطوية
- عند إيقاف الطفل للمشي فإنه يقف على رؤوس أصابعه
- تكون الأطراف السفلية ممدودة ومتراكبة فوق بعضها كالمقص مع ميلان القدم إلى الداخل
- هناك قسوة (تقلص) في حركة العضلات المصابة وأخذها الشكل الإنقباضي على الدوام (في حالتي الحركة والسكون).
- تكون الأطراف منثنية عند المفاصل، فتصبح الحركة صعبة في ذلك الجزء مع وجود تشوهات وضعية مثل انحناء الظهر، تشوهات الحوض، تشوهات الأطراف.
- يجد الطفل صعوبة في بدء الحركة والإستمرار بها مما يؤثر على وضع الجسم وتوازنة وعدم وجود التوافق الحركي
- تحدث هناك حركات رجفانية ورعشات في السكون وتزداد مع الحركة
- أزدياد التوتر العضلي أثناء حركة المفصل المنغلقة بشكل غير طبيعي يشبه حركة المطواة Clasp knife

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- أستمرار وجود الأفعال الإنعكاسية البدائية Primitive reflexes بعد الوقت المتوقع لأختفائها.
- هناك أصابة المراكز العليا للوظائف الحيوية مثل السمع والبصر والأدراك بدرجات متفاوتة.

ولتوضيح الصورة مع أختلاف الأنواع، نوجزها كما يلي :

1. **الشلل الرباعي : Spastic quadriplegia**

- يكون الشلل في أربعة أطراف
- الشلل في الأطراف العليا أكثر من السفلى (اليدين أكثر من الرجلين) مع قلة تيبس الكفين
- هناك تيبس المفاصل مع تقفعها (التوائها) لذلك يرقد في وضع شاذ ورجلاه منبسطتان
- درجة التشنج (التقلص) كبيرة
- لوجود الشلل البصلي الكاذب Pseudobulbar palsy وهو شلل عضلات الفم واللسان، يلاحظ كثرة سيلان اللعاب وعدم القدرة على المضغ والبلع والكلام
- وجود الحول
- يكثر في هذا النوع حدوث المشاكل السمعية والبصرية
- وجودالتخلف الفكري.

2. **الشلل الشقي التشنجي : Spastic hemiplegia**

- تحصل في 30٪ من حالات الشلل الدماغي
- تقلص (تشنج) وتيبس شق واحد من الجسم فقط
- يكون التقلص أكثر وضوحاً في الطرف العلوي منه في الطرف السفلي، وفي الجزء القاصي distal منه في الجزء الطرفي الداني من الطرف
- اليد تكون محكمة الإغلاق في الجانب المصاب بينما اليد الأخرى مفتوحة
- عدم تماثل الحركة في الشقين
- قد تظهر الحالة على شكل التواء في المرفق والمعصم
- نقص الإحساس في نفس الجزء المصاب
- يمكن أكتشاف هذا النوع في وقت مبكر لملاحظة الوالدين وجود أختلاف في حركة شقي الجسم
- عادة ما يتأخر الطفل في الحبو والمشي

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- عند المشي يلاحظ عدم توازنه وتكرار سقوطه.
- شلل عضلات الفم (نادراً)
- التشنج 50٪ من الحالات
- الذكاء في معدله الطبيعي (غالباً)

3. **الشلل النصفي الطرفي المزدوج Spastic diaplegia**

- وهي نادرة وعادة ما نلاحظها لدي الأطفال المبتسرين
- يكون لديه الشلل في النصف السفلي (النصف العلوي سليم)
- إرتخاء في العضلات في السنة الأولى من العمر وتتحول إلى تيبس شديد في المرحلة اللآحقة
- يكون هناك نقص متوسط (شديد) في الذكاء
- عادة ما تكون القدرة على الكلام جيدة.

4. **شلل أحادي الطرف : Spastic monoplegia**

- في هذه الحالة يكون الشلل لطرف واحد فقط، وبدرجات متفاوتة.

الشلل الدماغي الكنعي (الدودي) ATHETOID CP

مصطلح يستخدم للتعبير عن نوع من الشلل الدماغي حيث الإصابة في العقد العصبية القاعدية .Basal ganglion

تبلغ نسبتها حوالي 20-25 ٪ من الحالات، وقد انخفضت نسبته في الدول المتقدمة نتيجة السيطرة على المسببات ومن أهمها اليرقان الناتج عن أرتفاع نسبة البيلوروبين في الدم، والتي تحدث نتيجة تكسر الدم ومن أهم أسباب اليرقان عدم توافق فصيلة الدمRh.Incompatibility

هذا النوع من الشلل الدماغي يصعب تشخيصه قبل نهاية السنة الأولى من العمر، ولكن تظهر عليه في السنة الأولى علامات معينة مثل:

- أرتخاء عضلات الرقبة
- تأخر إكتساب المهارات الحركية مثل التقلب والحبو، الجلوس والمشي
- يلاحظ عليهم وجود حركات مستمرة في الأطراف (غير أرادية) تختفي عند النوم.

الأعراض:

في هذا النوع يكون هناك إرتخاء في أحد الأطراف أو مجموعة منها مع وجود إختلاط في التناغم العضلي، فتكون هناك فترات تكون فيها زيادة في التناغم العضلي (العضلات

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

متشنجة ومشدودة) تتبعها لحظات يكون فيها نقص في التناغم (العضلات واهنة ومرتخية) ، ويلاحظ أن الحركة :

- حركات التوائية غير منتظمة وغير هادفة في العضلات القريبة من منتصف الجسم
- حركات دودية بطيئة متلوية وإيقاعية للأطراف (بوجود الحركة، بعدم وجود الحركة)، تختلف عن الإهتزاز أو الرعشة
- وجود حركات جسمية غير مرغوبة عشوائية (رقصية) على الأطراف متعددة الأشكال مثل الحركات الفجائية (التي لا يمكن توقعها أو التحكم فيها) والحركات المتشنجة (المتقلصة) ، كما تظهر حركات وتشنجات على قسمات الوجه والفم، عادة ما تزداد مع التوتر والإنفعال وتختفي أثناء النوم.
- يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في وضع الجسم مستقيماً ومتزناً في حالتي الحركة والسكون
- إحساس ضئيل بالتوازن والإدراك الحسي بالعمق Depth perception مما يجعل الطفل يمشي بطريقة مترنحة مباعداً قدميه ليتمكن من التوازن، كما نراه يتلوى بشكل واضح
- هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى الكثير من الجهد والتركيز عند محاولة القيام بعمل معين مثل إمساك الكأس أو تفريش الأسنان، لعدم القدرة على إيجاد التوازن المطلوب في تناغم وتناسق الحركة، ووجود الرجفات والرعشات.

المشاكل المصاحبة :

بالإضافة للمشاكل الحركية فإن هؤلاء الأطفال يعانون من:

- وجود صعوبات سمعية وبصرية
- صعوبات النطق وسيلان اللعاب
- نوبات الصرع
- درجة الذكاء مختلفة

الشلل الدماغي الرنحي (اللاتناسق الحركي) ATAXIC CP

الإصابة عادة ما تكون في المخيخ Cerebellum وهو مركز التوازن، تبلغ نسبتها 5-10٪ من الحالات تقريباً

الأعراض المرضية :

- نقص التوتر (الإرتخاء) في السنة الأولى من العمر
- عادة ما تظهر الأعراض بعد عمر الستة أشهر حيث بداية الحركات الإرادية
- تظهر الأعراض على شكل عدم توازن وحركات غير طبيعية رجفانية وإرتعاشية غير منتظمة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- نقص التناغم العضلي وضعف التوافق الحركي يؤدي إلى عدم القدرة على تنسيق الحركات العضلية الإرادية وعدم سكون الأطراف عند الثبات، وهو ما يؤدي إلى حركات غير مرغوبة وبشكل متكرر، وهو ما يسمى بالرنح .Ataxia
- يلاحظ على هؤلاء الأطفال عدم إستقرارهم وثباتهم في وضعهم العام، نرى لديهم إرتعاشات مختلفة الدرجات والأنواع في أجزاء مختلفة من الجسم، ومن هذه الرعشات وجود رجفة خفيفة في الأطراف Tremor مثل تلك التي نراها لدى كبار السن
- تكون تلك الرعشات بشكل أوضح عند محاولة الطفل القيام بحركة معينة (إرادية) مثل الكتابة والأكل، كما يلاحظ عدم ثبات الحركة وتموجها عند المشي.
- بسبب وجود تلك الإرتعاشات وعدم القدرة على التنسيق بين العضلات بالإنقباض والإنبساط (الإرتخاء) فإن القيام بعمل معين يحتاج إلى الكثير من الجهد والوقت لإنهائه، فعند المشي نلاحظ أن الطفل يترنح مباعداً قدميه، واليدين ممدودة، وغالباً ما يخطئون تقدير المسافات والأبعاد لذلك نلاحظ كثرة سقوطهم.
- عادة ما يكون الذكاء في حده الطبيعي (بل قد يكون زائد الذكاء)
- في حالة وجود مشاكل حركية مع نقص السمع قد يعتقد الأهل أنها حالة تخلف فكري.

ويختلف الشلل الدماغي من طفل لآخر، وقد توصل خبراء مختلفون إلى أساليب مختلفة لتوصيفه، ولكن لا داعي للقلق بشأن تحديد نوع معين من الشلل الدماغي لدى الطفل، فهذا لا يساعد عادة في علاج الطفل.

ومع ذلك فمن المفيد التعرف على ثلاث طرق رئيسية يمكن أن يظهر بها الشلل الدماغي، وقد تظهر على طفل ما واحدة أو أخرى من هذه الطرق الثلاث، ولكن عادة ما تأخذ شكل يجمع إلى حد ما بينهم جميعا.

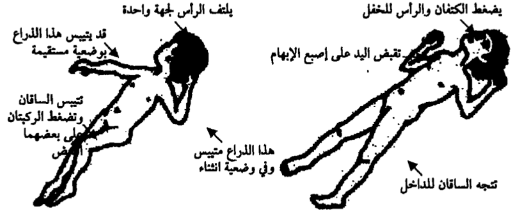
1. تيبس العضلات أو التشنج:

يكون لدى الطفل المتشنج تيبسا بالعضلات أو توترا بالعضلات، ويؤدي ذلك إلى صلابة أو تيبس جزء من جسمه، وتتسم الحركات بالبطء والغرابة، وفي أغلب الأحيان تؤدي وضعية الرأس إلى أوضاع غير طبيعية لسائر الجسم، ويزداد التيبس عندما يكون الطفل متضايقا أو مستثارا، أو عندما يكون جسمه في أوضاع معينة، ويختلف نمط التيبس بشكل كبير من طفل لآخر.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وضعيات التشنج عند الرقود على الظهر



2. عدم التحكم في الحركات:

ويقصد بذلك الحركات الملتوية البطيئة أو السريعة المفاجئة لقدمي الطفل أو ذراعيه أو يديه أو عضلات وجهه، وقد يبدو أن الذراعين والساقين تتحرك بشكل مفاجئ ومتوتر، أو قد تتحرك إحدى اليدين أو أصابع القدم دون سبب، وعندما يتحرك باختياره فإن أجزاء الجسم تتحرك بسرعة شديدة ولمسافة بعيدة للغاية، وقد تستمر الحركات أو الوضعيات التشنجية، مثل تلك الموضحة في الصور المبينة أعلاه، في الظهور والاختفاء (توتر العضلات يتغير بشكل دائم)، ويكون توازن الطفل ضعيفا ويسقط بسهولة.

يمتلك معظم الأطفال الذين لا يستطيعون التحكم في حركاتهم ذكاء طبيعيا، ولكن في حالة تأثر العضلات اللازمة للتحدث فقد يكون من الصعب عليهم التعبير عن أفكارهم واحتياجاتهم.

وقد تتمثل الحركات التي لا يستطيع الطفل التحكم بها بالنسبة الذراعين والأيدي في الاهتزاز بشكل منتظم أو انقباضات مفاجئة، وفي أغلب الأحيان تظهر الحركات التي لا يستطيع الطفل التحكم بها بشكل أكثر سوء عندما يكون الطفل مستثارا أو يحاول القيام بشيء ما.

ضعف التوازن:-

يكون لدى الطفل المصاب بضعف التوازن صعوبة في البدء في الجلوس والوقوف، فهو يسقط في أغلب الأحيان ويستخدم يديه بشكل بعيد للغاية عن الإتقان، وكل هذه الأمور طبيعية بالنسبة لصغار الأطفال، ولكنها تكون مشكلة ذات حجم أكبر في حالة الطفل المصاب بضعف التوازن كما أنها تستمر لفترة أطول (وأحيانا طوال الحياة)

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

نظرا لأن الأطفال الذين يعانون بشكل رئيسي من مشكلة في التوازن يبدو عليهم أنهم يتصرفون بشكل أخرق أكثر مما يبدو عليهم أنهم من ذوي الاحتياجات الخاصة، فأحيانا ما يتسم الأطفال الآخرون بالقسوة ويسخرون منهم.

يكون لدى العديد من الأطفال المصابين بالتشنج أو عدم التحكم في الحركات مشكلات في التوازن أيضا، وقد يشكل ذلك عائقا رئيسيا في تعلم المشي، ومع ذلك فإنه يمكن في أغلب الأحيان القيام بالكثير من الأمور لمساعدة الطفل على تحسين توازنه.

ملاحظة:

يتسم الأطفال الرضع المصابين بأي نوع من أنواع الشلل الدماغي ببطء الحركة والمرونة بشكل رئيسي في أغلب الأحيان، ويبدأ ظهور التيبس أو عدم التحكم في الحركات رويدا رويدا، أو قد يكون الطفل بطيء الحركة في بعض الوضعيات ومتيبسا في وضعيات أخرى.

أجزاء الجسم المتأثرة-:

يوجد ثلاثة أنماط رئيسية والتي تتوقف على طبيعة الأطراف المتأثرة على الرغم من أن غالبية الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ينطبق عليهم نمط أو آخر من هذه الأنماط، إلا أنه ينبغي أيضا البحث عن مشكلات ثانوية في أجزاء أخرى من الجسم.

الشلل الدماغي وزيادة التوتر العضلي

يؤثر الشلل الدماغي على الحركة والجلسة او الوقفة وهو يسبب بأذىً للمخ قبل الولادة او خلالها او بعدها.لا يمكن عكس الاذى الدماغي الذي هو أساس الشلل وهو ينتج عجزاً في طوال العمر. على الرغم من التقدم المحسوس في مجال الطب فلم ينتج هذا هبوطاً في نسبة حدوث الشلل الدماغي ويحدث هذا المرض عند الاطفال في نسبة واحد من خمسمئة.

تختلف طرق معالجة الشلل الدماغي من مريض الى آخر وتوجد خيارات متعددة للمعالجة. وقد يصعب على الوالدين إختيار المعالجة الطبية المناسبة لاولادهم. من المهم جداً أن يستشير الولدان او المرضى فريقهم الطبي بكليته وهذا يضم طبيب المعالجة الفيزيائية وطبيب الاطفال وطبيب إعادة التأهيل ((physiatrist وطبيب الامراض العصبية وجراح الاعصاب وجراح العظام..

أسبابه:

يشير التشنج إلى إزدياد في التوتر اوالاشتداد في العضلات. تحتاج العضلات عادة لتوتر او اشتداد كاف للعمل ضد قوة الجاذبية من أجل الحفاظ على الوقفة او الجلسة او

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الحركة وفي نفس الوقت من اجل توفير المرونة والسرعة في الحركة. يذهب الامر الذي يصدر من اجل توتير العضلات او شدها من الاعصاب الموجودة في العضلات إلى الحبل الشوكي. وتسمى هذه الاعصاب ألياف الاعصاب الحسية لانها تُعلم الحبل الشوكي بدرجة التوتر في العضلات. تذهب الاوامر التي تصدر من أجل تحقيق المرونة او تهبيط التوتر في العضلات من أعصاب في الدماغ إلى الحبل الشوكي. على الاوامر التي تصدر من العضلات والاوامر التي تصدر من الدماغ أن تكون متناسقة في الحبل الشوكي لكي تعمل العضلات برفق وسهولة وللحفاظ على القوة في نفس الوقت.

إذا كان الشخص يعاني من الشلل الدماغي، هذا يعني انه قد حدث ضرر في الدماغ. لاسباب غير واضحة حتى الان، يكون الضرر عادة في منطقة الدماغ التي تتحكم في توتر العضلات والحركة في الايدي والارجل. لا يستطيع دماغ الشخص الذي يعاني من الشلل الدماغي أن يؤثر على مدى المرونة في العضلات. ويسيطر عندها الأمر الذي يصدر من العضلات في الحبل الشوكي وهذا ما ينتج توتراً شديداً في العضلات او تشنجاً.

تفشّي التشنج

يعاني 80٪ من المصابين بالشلل الدماغي من درجات مختلفة من التشنج. يرتبط التشنج بالشلل الدماغي في النصف الاسفل ((diplegic أو الشلل النصفي على جانب واحد ((hemiplegic او الشلل الرباعي (quadriplegic) يظهر التشنج بوضوح في السنة الاولى من العمر إذا كان المريض يعاني من شلل دماغي شديد ولكن في أكثر الإحيان يظهر التشنج في السنوات اللاحقة من الحياة. من المهم أن نلاحظ انه إذا ظهر التشنج فلا يمكن ان يحصل الشفاء منه بطريقة تلقائية.

نتائج التشنج

لا ينفع التشنج بأي شكل من الاشكال الاطفال او الراشدين المصابين بالشلل الدماغي. يؤثر التشنج بطريقة معادية على الايدي والارجل والمفاصل ويسبب حركات شاذة وبشكل خاص فهو يشكل ضرراً على نمو الاطفال. إن بعض النتائج المعادية التي نحن على علم بها هي الآتية:

1. منع القدرة على الحركة.
2. الكبح الطولي لنمو العضلات.
3. منع تركيب البروتين في خلايا العضلات.
4. إمتداد محدود للعضلات في سياق النشاط اليومي.
5. تشوه في نمو العضلات والمفاصل.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

من المهم أن نذكر هنا ان التشوه في الايدي والارجل عند المرضى التي تعاني من الشلل الدماغي التشنجي لا يظهر عند الولادة وإنما تدريجياً في مراحل لاحقة من النمو. يشكل التشنج في العضلات ومحدودية تمديدها واستعمالها في النشاط اليومي سبباً مهماً للتشوه.

التدخل المبكر للكشف عن الأطفال ذوي الشلل الدماغي:

العلامات المبكرة: عند الولادة ، يكون الطفل المصاب بالشلل الدماغي مترلحا ولينا في أكثر الأحيان، وقد يبدو طبيعيا أيضا.

طفل مصاب - مرن - يتدلى الطفل إلى الأسفل على شكل حرف ((U ويكون قليل أو عديم الحركة

- قد يتنفس أو لا يتنفس الطفل عند الولادة مباشرة، وقد يكون مرنا مع زرقان في اللون، ويعد تأخر التنفس سببا شائعا لتضرر الدماغ.
- يكون الطفل بطيء الحركة بالمقارنة مع الأطفال الآخرين، فيكون بطيئا في قدرته على تثبيت رأسه لأعلى أو في الجلوس أو في التحرك هنا وهناك.
- قد لا يستخدم الطفل يديه، أو يستخدم يدا واحدة فقط، ولا يبدأ في استخدام الاثنين.

مشكلات التغذية:

قد يكون لدى الطفل صعوبات في الامتصاص، والابتلاع، والمضغ، وقد يتعرض في كثير من الأحيان للاختناق أو التقيؤ، بل وحتى مع نمو الطفل فقد تستمر هذه المشكلات وغيرها فيما يتعلق بتناول الغذاء.

الصعوبات التي تتم مواجهتها في رعاية الرضيع أو الطفل الصغير

- قد يكون جسم الطفل متيبسا عند حمله، أو تغيير ملابسه، أو تحميمه، أو أثناء اللعب، وقد لا يتعلم فيما بعد القيام بتناول الغذاء أو ارتداء ملابسه بنفسه، أو الاستحمام، أو استخدام المرحاض، أو اللعب مع الآخرين، وقد يكون ذلك ناتجا عن التيبس المفاجيء للجسم أو نتيجة لوجود مرونة شديدة بالجسم تجعل الطفل يسقط أرضا."
- قد يكون الرضيع شديد الترنح مما يجعل رأسه يبدو وكأنه سيسقط، أو قد يتيبس الرضيع فجأة وكأنه لوح من الخشب، مما يجعل المرء يشعر بعدم القدرة على حمله أو عناقه.
- يتيبس الجسم وكأنه لوح من الخشب

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- قد يبكي الرضيع كثيرا ويبدو سريع الغضب أو الانفعال، أو قد يكون هادئا للغاية (سلبيا) ويكاد لا يبكي أو يبتسم.
- صعوبات التواصل: قد لا يستجيب الرضيع أو يتفاعل مثلما يفعل باقي الرضع، وقد يرجع ذلك بشكل جزئي إلى ما به من مرونة، أو تيبس، أو عدم القدرة على القيام بإيماءات باستخدام الذراعين، أو عدم القدرة على التحكم في عضلات الوجه، وكذلك فقد يكون الطفل بطيئا في البدء في التحدث، وقد يحدث لاحقا لدى بعض الأطفال التحدث بشكل غير واضح أو غيرها من مشكلات التحدث الأخرى.

حتى إذا كان الطفل يستطيع سماع الأصوات العالية، فقد لا يسمع بالشكل الكافي لفهم الكلمات

كم ناتج طرح 7 ناقص 4؟ ------- صح.. 3

على الرغم من أنه يصعب على الوالدين معرفة ما يريده الطفل على وجه التحديد، إلا أنهما يصلان تدريجيا إلى فهم العديد من احتياجاته، ففي البداية يبكي الطفل كثيرا لتوضيح ما يريده، وقد يشير إليه فيما بعد باستخدام ذراعه أو قدمه أو عينيه.

- الذكاء: قد يبدو على بعض الأطفال البلادة نظرا لشدة ترلحهم وبطء حركتهم، والبعض الآخر يتحرك كثيرا وبشكل غير متزن قد يجعلهم يبدون كالبلهاء، وقد تتحرك وجوههم بشكل دائري، أو قد يسيل لعابهم نظرا لضعف عضلات الوجه أو صعوبة الابتلاع، مما قد يجعل الطفل الذكي يبدو بطيئا من الناحية الذهنية.
- تقريبا يكون نصف الأطفال المصابين بالشلل الدماغي مصابين بالتخلف العقلي، ولكن ينبغي عدم اتخاذ قرار في هذا الشأن بشكل مبكر، حيث يتعين تقديم المساعدة والتدريب للطفل كي تتضح حالته حقا، ويستطيع الوالدان في أغلب الأحيان القول بأن ما يفهمه الطفل فعلا أكثر مما يتضح عليه.
- من خلال المساعدة والتدريب أثبت بعض الأطفال ممن كانوا يعتبروا متخلفين أنهم أذكياء إلى حد بعيد
- أحيانا ما تتأثر القدرة على السمع والرؤية، وإذا لم يتم التعرف على هذه المشكلة فقد تعتقد الأسرة أن الطفل يفتقد للذكاء، وينبغي ملاحظة الطفل بعناية واختباره لمعرفة لأي مدى يستطيع أن يسمع ويرى
- (تحدث النوبات (نوبات الصرع.. النوبات المرضية.. التشنجات) لدى بعض الأطفال المصابين بالشلل الدماغي

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

السلوك المتسم بالقلق

قد تحدث تغيرات مفاجئة في الحالة المزاجية من الضحك إلى البكاء، وظهور مشاعر الخوف، ونوبات الغضب، وغيرها من مظاهر السلوك الصعبة الأخرى، وقد يرجع السبب في ذلك وبشكل جزئي إلى ما لدى الطفل من إحباط نتيجة لعدم قدرته على القيام بما يريد باستخدام جسمه، وعند وجود الكثير من الضوضاء وكم زائد من النشاط فمن الممكن أن يصبح الطفل خائفا أو متضايقا، فالضرر اللاحق بالدماغ قد يؤثر على السلوك أيضا، ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى الكثير من المساعدة والصبر للتغلب على مخاوفهم وسلوكياتهم غير المعتادة الأخرى

لا يفقد الطفل حاسة اللمس، والإحساس بالألم، والحرارة، والبرودة، وبوضع الجسم، إلا أنه قد يكون لدى الأطفال صعوبة في التحكم في حركات أجسامهم وفي التوازن، ونظرا لإصابتهم بضرر في الدماغ فقد يكون لديهم صعوبة في تعلم هذه الأشياء، ومن الممكن أن يكون التعليم المتسم بالصبر والكثير من التكرار مفيدا في هذا الشأن.

حركات الجسم غير الطبيعية

يوجد لدى الرضع حركات جسمانية مبكرة تحدث بشكل تلقائي والتي عادة ما تتلاشى في خلال الأسابيع أو الأشهر الأولى من العمر، ولكنها قد تستمر لفترة أطول بكثير في حالة الأطفال المصابين بضرر في الدماغ، إلا أنه ليس لها أهمية سوى عند تأثيرها على كيفية التي يتحرك بها الطفل، وعادة فإن أرتعاش الركبة وحركات الأوتار والقفز تعد نشاطا زائدا (القفز أعلى من المعدل الطبيعي)، وفي حال عدم التأكد فإن اختبار الحركات غير الطبيعية قد يساعد على التمييز بين الشلل الدماغي وشلل أطفال.

تشخيص الاطفال ذوي الشلل الدماغي

ليس كل شلل أو أعاقة تحدث للأطفال في السنوات الأولى من العمر هو الشلل الدماغي، فهناك العديد من الأسباب الأخرى، والشلل الدماغي ليس مرضاً بحد ذاته ولكن صورة مرضية للعديد من الأسباب، وتلك الأعراض تختلف حدتها وشكلها من حالة طفل لأخرى، والأعراض لا تظهر مرة واحدة فقد تأخذ سنوات قبل أكتمالها، مع العلم أن الأصابة الدماغية لم تتغير أو تزيد، ولا يوجد تجربة أو إختبار أو تحليل يمكن عن طريقه تشخيص الشلل الدماغي ومن هنا تكمن صعوبة التشخيص، ولكن يمكن تخمين وجوده بوجود بعض العلامات المرجحة في المرحلة الأولى من العمر، ويكتمل التشخيص بظهور العلامات المرضية الكاملة في مرحلة لاحقة من العمر.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

والشلل الدماغي أصابة لخلايا الدماغ تحدث غالباً في فترة حول الولادة، وعند حدوثه فإنه لا يتغير بالزيادة أو النقصان، وهناك العديد من الحالات التي تصيب المواليد والأطفال وتؤدي إلى التأثير على النمو الحركي والفكري للطفل، وتتميز بتغير حجم الأصابة الدماغية مع الأيام، ومن أمثلتها الأمراض الوراثية.

العناصر الرئيسية لتشخيص الشلل الدماغي؟

الشلل الدماغي ليس مرضا بحد ذاته ولكن مجموعة من الأعراض المرضية لأسباب متعددة، وللحصول على التشخيص يجب وجود العناصر التالية:

- تلف مركزي للجهاز العصبي: السبب في حدوث الأعراض هي إصابة الجهاز العصبي المركزي (الدماغ والحزم العصبية) في مناطق مهمة، وهي قشر المخ (الدماغ) ، العقد العصبية القاعدية Basal ganglion، المخيخ Cerebellum
- وقت حدوث الأصابة: الإصابات الدماغية التي تؤدي إلى حدوث الشلل الدماغي هي الإصابات التي تحدث قبل إكتمال نمو وتطور الدماغ، وتلك المراحل الخطيرة في نمو الجهاز العصبي هي مراحل ما قبل الولادة، مرحلة الولادة، مرحلة ما بعد الولادة (وخصوصاً في السنوات الأولى)
- غير متطور: الإصابة لا تزيد كما أن الأعراض لا تزداد سوءاً مع الوقت، فالإصابة تؤدي إلى عطب في الخلايا المخية أو الحزم العصبية مما يؤدي إلى عدم القدرة على التحكم في مجموعة من العضلات، قد لا تظهر الأعراض في الأشهر الأولى من العمر، وعند ظهورها فيكون ذلك بشكل تدريجي، ولكن في الحقيقة ليس زيادة في درجة الإصابة ولكن توقيت ظهور تلك الأعراض، ولكن في حالة أهمال العناية بالطفل، فقد يحدث له تشوهات في الأطراف والعمود الفقري، كما تحدث مشاكل أخرى متنوعة ليست جزءاً من الأعراض المرضية بل من المشاكل اللاحقة.
- ليس قابلا للشفاء فأصابة الدماغ أدت للتلف التام
- المشكلة الرئيسة الشلل الجزئي أو الكامل، وقد تكون مصحوبة بأضطرابات حسية (السمع، البصر، اللمس) وفكرية ونفسية.

الكشف عن الحالة

قد لا يكون هناك علامات خطر كالأمراض أو الأصابات تنبيء بوجود مشكلة محتملة في بعض الحالات، لذلك فعادة ما يلاحظ الوالدين وجود علامات غير طبيعية في نمو الطفل الحركي والفكري، وعدم أكتسابه لمهارات معينة، وتلك قد تكون هي العلامات المنبهة لوجود مشكلة ومن ثم طلب المساعدة الطبية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

متى يتم التشخيص؟

الأعراض المرضية للشلل الدماغي لا تظهر بصورتها الكاملة في نفس الوقت، ولكن بشكل تدريجي مع عدم تغير درجة الأصابة لتكتمل في عمر الثلاث سنوات تقريباً، لتظهر كالتالي:

- في الستة أشهر الأولى من العمر: تكون هناك العلامات والمؤشرات المتقدمة والتي تدل على وجود بعض مشاكل التطور الحركي والفكري
- في الستة أشهر الثانية من العمر: المرحلة المتوسطة للأعراض في عمر
- الصورة الكاملة: تتوالى الأعراض لتظهر الحالة النهائية والكاملة للشلل الدماغي بأشكاله وأنواعه.

مراحل التشخيص:

1. **المرحلة المتقدمة للتشخيص؟**

هي علامات تخمن وجود الشلل الدماغي ولكن لا يمكن التأكد من التشخيص سوى بظهور العلامات المرضية الكاملة، ومن هذه العلامات :

- تأخر الحصول على المهارات الحركية لدى الرضيع
- ظهور أنماط حركية غير طبيعية
- ظهور علامات جسدية غير طبيعية كالتيبس العضلي
- ضعف الحركة
- تقوس الظهر
- سرعة التهيج والإنفعال مع الصعوبة في تهدئة الطفل والتحكم في انفعالاته
- النوم الكثير (مع العلم أن الطفل عادة ما ينام مايقارب العشرين ساعة يومياً في الشهر الأول من العمر).
- عدم الإهتمام بما يدور حوله
- البكاء الضعيف
- ضعف الرضاعة، يبعد رأسه عن الرضّاعة، يبعد الحلمة بلسانه
- التقيوء المستمر وضعف النمو.

2. **المرحلة المتوسطةSemi-syndrome**

هي مرحلة لا تظهر فيها العلامات التي تدل على وجود الشلل الدماغي، وغالباً ما تكون في الستة أشهر الثانية من العمر، وهي مرحلة إنتقالية قبل ظهور الأعراض الكاملة للحالة، في هذه المرحلة نلاحظ :

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- أستمرار المنعكسات البدائية Neonatal reflexes بعد الوقت المتوقع لإنتهائها
- قد تأخذ العضلات فترة من نقص التوتر Hypotonia قبل حصول زيادة التوتر العضلي Hypertonia
- حصول زيادة شديدة في التوتر العضلي

3. المرحلة النهائية (الصورة الكاملة)؟

حيث تظهر على الطفل العلامات الكاملة للشلل الدماغي، هذه الصورة تتكون بين ستة أشهر وسنة ونصف من العمر، وهي الحالة التي يستمر عليها الطفل بقية حياته، وفي هذه المرحلة يمكن تقسيم الشلل الدماغي إلى أحدى أنواعه الرئيسية حسب التقسيم السريري :

- الشلل الدماغي التشنجي Spastic CP بأنواعه (الشلل الرباعي، الشلل الشقي، شلل النصف السفلي، شلل أحادي الطرف).
- الشلل الدماغي الرنحي (اللاتناسقي الحركيAtaxic CP).
- الشلل الدماغي الكنعي (الدودي) Athetoid CP
- الشلل الدماغي الرخو (الواهن) Hypotonic CP
- الشلل الدماغي المختلط

دراسة الحالة:

كيف يتم التشخيص؟

يتم التشخيص بمعرفة القصة المرضية للحالة ومن ثم إجراء الفحص السريري، وأستبعاد الحالات والأمراض التي تؤدي إلى تأخر النمو الحركي والفكري، وقد يتم الإستعانة ببعض الفحوص المخبرية التي قد ترجح بعض الأسباب.

ما هي القصة المرضية؟

القصة المرضية هي مجموعة من الأسئلة يطرحها المختص على الأهل لأخذ صورة كاملة عن المرض وتطوره، فالطبيب لا يستطيع التنبؤ بما جرى في مدة سابقة، كما لا يمكنه إكتشاف المشاكل التي يواجهها الطفل في المنزل خلال الزيارة للعيادة والتي تستغرق مدة قصيرة، والإجابة على الأسئلة تنير للطبيب الطريق، وترسم له صورة كاملة عن ما حدث ويحدث في المنزل من تغيرات، وعن طريق جمع تلك المعلومات وربطها بالكشف السريري، ومقارنتها مع عمر الطفل، يمكن وضع التشخيص المناسب للحالة، ومن هذه الأسئلة :

أسئلة عامة :

- متى بدأت الحالة؟
- ما هي الأعراض الظاهرة؟

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- كيفية تطور الأعراض؟
- أسئلة حول الحمل :
- كيف كان الحمل وما هي مدته؟
- هل أصابت الأم أي أمراض خلال الحمل؟
- كيف كانت حركة الطفل خلال الحمل؟

أسئلة عن الولادة :

- هل كانت الولادة طبيعية؟ عن طريق العملية القيصرية؟ عن طريق الجفت؟
- هل كان هناك مشاكل مع الولادة؟
- هل ولد الطفل قبل موعده
- ما هو وزن الطفل عند الولادة
- أسئلة عن المدة بعد الولادة :
- هل أحتاج الطفل إلى تنفس صناعي؟
- هل أدخل العناية المركزة؟
- هل حصل لديه يرقان، وما درجته، وكيفية علاجه؟
- هل أصاب الطفل أي التهابات أو أمراض؟ وما هي؟

أسئلة عن الوضع الحالي:

- هل يتألم كثيراً؟ هل يبكي كثيراً؟
- هل هو مزعج لا ينام، مقلق لوالديه؟
- ما هو نوع الرضاعة؟ وكيف هي رضاعته؟
- هل يجد صعوبة في الرضاعة أو البلع؟
- هل هناك ترجيع أو تقيؤ؟
- هل هناك تشنجات وصرع؟
- هل لديه حركات طرفية غريبة؟ وما هي؟
- ما هي الحركات التي يستطيع القيام بها؟

كيفية أجراء الفحص السريري؟

النظرة العامة للمختص على الطفل من بعد، ومراقبته لدقائق معدودة، يمكن أن تعطينا الكثير من المعلومات والتي تفيدنا في تشخيص الحالة، ومنها:

- هل هو مهتم بمن حوله؟
- ما هي صحته العامة؟ نحيل (قلة التغذية مثلاً) أم سمين (لقلة الحركة).

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- ما هي تعابير الوجه واليقظة، والإهتمام بما يدور حوله؟
- ما هو وضع جسمه العام؟ أطرافه مترامية (نقص التوتر) ، أطراف متيبسة (زيادة التوتر العضلي)
- هل شقي (نصفي) جسمه متشابهين في الوضع عند الحركة و السكون؟ (الشلل الشقي)
- هل هناك عيوب خلقية واضحة تدل على حالة معينة؟
- هل هناك حركات إرتجافية أوغريبة؟
- هل لعابه يسيل من فمه؟ (عادة ما يتوقف بعد أكمال سنة من العمر)
- هل يسمع؟ هل يتحدث؟ وكيف هو حديثه؟

كيفية أجراء الفحص العام؟

يقوم المختص بالكشف الكامل للطفل مع التركيز على مهارات النمو الحركي والفكري وكذلك البحث عن أستمرارية وجود المنعكسات البدائية من عدمها، كما الكشف المبدئي للسمع والبصر وغيرها.

- قياس محيط الرأس وإسقاطه على الرسم البياني(حجم الرأس الصغير)
- قياس الطول والوزن وإسقاطه على الرسم البياني لمعرفة النمو
- ملاحظة الحركات العضلية الكبيرة، معتمداً على استخدام الأطراف والجذع مثل الجلوس، الوقوف، المشي
- ملاحظة الحركات العضلية الرقيقة، معتمداً على استخدام الأصابع والكفين مثل الوصول إلى الشيء، حمل الشيء، نقل الشيء من يد لأخرى
- ملاحظة الحركات الإرادية الغريبة مثل المشي بقاعدة واسعة، المشي المترنح، المشي بسحب القدم
- الحركات الغريبة غير الإرادية مثل الرجفة، الرعشة، الالتواء، التموج
- ملاحظة هل اليدين مفتوحتين او مغلقتين
- القيام بأجراء الأختبارات الأنعكاسية البدائية لمعرفة أستمرارها على أحد الشقين أو كلاهما، مثال ذلك أن يحمل الطفل واليدان موضوعتان تحت الأبط، يمكن ملاحظة أن مفصلي الورك يبديان إنبساطاً غير طبيعي، وقد تتقاطعان (3 أشهر) ، كذلك فإنه عند حمل الطفل وهو منكفيء على بطنه نلاحظ ان الرجلين تتدليان بدون حراك (3 أشهر)

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ما هي الفحوصات المخبرية التي يمكن إجراؤها؟

الفحوص المخبرية ليست الدليل على التشخيص ولكن يمكن الأستعانة بها لمعرفة الأسباب ان أمكن ذلك، ومنها:

- الأشعة الصوتية: وعادة ما تستخدم قبل أنغلاق النافوخ الأمامي، وهي عادة ما تعطي صورة عامة عن الدماغ ونموه، وجود أتساع في التجاويف وغير ذلك، وتلك الأشعة ليس لها أضرار كما أن تكلفتها أقل، ولكنها غير دقيقة للتشخيص.
- الأشعة المقطعية للدماغ CT scan: وتلك تعطي صورة عامة عن الدماغ ونموه، وجود تشوهات أو عيوب خلقية، ظواهر الأمراض التنكسية Degenerative disease، وجود تكلسات، حالة الأوعية الدموية، وغيرها.
- الأشعة بالرنين المغناطيسي MRI للدماغ: وهي تعطي صورة أكثر دقة ويمكن أحتياجها في بعض الحالات.
- التحليل الإستقلابي Metabolic screen
- تحليل الصبغيات (الكروموسومات)
- تحليل لمعرفة وجود أنتانات (التهابات) داخل الرحم وقت الحمل مثل TORCHS
- قياس السمع مثل تخطيط السمع Audiometery، الكمونات السمعية المثارة Auditory Evoked Responses
- قياس البصر
- تخطيط الدماغ الكهربي EEG في حالات وجود الصرع

ردود فعل الوالدين تجاه الطفل ذوي الشلل الدماغي:

عندما يولد الطفل تعم الفرحة أسرته، سواء كان هذا الطفل ذكراً أو أنثى وإن اختلفت التعبيرات، ولكن عندما تكتشف الأسرة أن طفلها مصاب بالشلل الدماغي فإنها تمر بمرحلة الصدمة غير مصدقة ما يدور حولها، ثم مرحلة الإنكار والهروب من الحقيقة المرّة، وتليها مرحلة التجاهل، أما تجاهل الحالة أو تجاهل الطفل نفسه، وتنتهي بمرحلة الاستسلام للواقع مهما كان مراً.

كل مرحلة من هذه المراحل يمكن التحكم في مدى تأثيرها على الوالدين عن طريق مساعدة الآخرين، لتوضيح جميع النقاط عن الحالة وأساليب التعامل معها، تلك يمكن أن تختزل المرحلة وتجعل العائلة تتقبل الطفل، كما تساعد على بث الأمل فيهم.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

إذا كانت الأسرة متقبلة لحال الطفل مع الدعم المعنوي والتثقيفي من المجتمع تمنح الأسرة الكثيرمن الاستقرار والاقتناع، وتلك هي النقطة الرئيسة للبداية السليمة في مشوار الرعاية والحنان، مما ينعكس إيجاباً على الطفل.

الأسرة العربية لديها الكثير من المعوقات المادية والاجتماعية، وعندما يكون لديها طفل معوق تزداد تلك المعوقات والحواجز، فالبدء بطريقة نقل الخبر غير المدروس، والتشخيص قد يأخذ الكثير من الوقت والجهد بين الأطباء والمستشفيات، وتدخل العائلة مرحلة الاستسلام وفقدان الأمل، مما يؤثر على العلاقة بين الطفل وعائلته.

الأسرة العربية تفتقد إلى التنظيمات الأهلية المتخصصة، التي تقوم بدور المؤازرة والتوعية للعائلة، وهذا بدوره ينعكس على الطفل، كما أن الطفل ذي الإحتياجات الخاصة يحتاج إلى التعليم الخاص والتدريب والمنزل ، ولكن هناك الكثير من القصور في الناحية التدريبية والتوجيهه، كما ان الكثير من الأسر لا يرغبون في معرفة المجتمع بوجود طفل معوق لديهم، يدفنون رؤوسهم في الرمال كالنعام، ومردود ذلك الإبتعاد عن المجتمع، ومزيداً من حرمان الطفل من التفاعل مع مجتمعه.

العوامل التي تؤثر على ردود فعل الوالدين

لكل إنسان أحاسيسه الخاصة، لذلك فإن كلاً من الوالدين سيعبر عن انفعالاته بطريقته الخاصة عندما يعلم بتشخيص حالة طفله، وعادة فإن رد الفعل يعتمد على العديد من العوامل منها :

- تركيبة وشخصية الفرد
- طريقة نقل الخبر
- وجود الخدمات المساعدة (الخدمة الاجتماعية، التثقيف الصحي)
- وجود الخدمات الخاصة للمعوق وعلم الوالدين بتوفرها
- كيفية تعامل العائلة والأصدقاء والمجتمع مع الإعاقة والمعاقين

أحاسيس الوالدين ورد الفعل لديهم

قام ماكيث Mackeith ومجموعته بعمل دراسة على أحاسيس ورد الفعل لدى والدي الطفل المصاب بإعاقة، ومن خلال هذه الدراسة قام بتوزيع رد الفعل لدى الوالدين إلى خمس مراحل، تختلف شدة وزمن كل مرحلة منها على عوامل متعددة، وهذه المراحل هي:

1. **المرحلة الأولى: مرحلة الصدمة Shock**

- الإحساس بالفقدان والضياع، فقدان الأمل والأحلام
- الإحساس بالخدر NUMBNESS وخصوصاً في الأطراف (لعدة أيام)

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

2. **المرحلة الثانية: مرحلة الإنكار والهروب Denial**

- وهي الوقت الذي يسيطر فيه عدم التصديق للحالة
- يكون هناك العديد من التساؤلات
- مرحلة عدم تقبل الإعاقة

3. **المرحلة الثالثة: Emotional confusion**

- الإحساس بالغضب
- الإحساس بالذنب
- ان الإعاقة عقاب من الله

4. **المرحلة الرابعة: مرحلة التوازن Equilibrium**

- الهدوء بعد العاصفة

5. **المرحلة الخامسة: مرحلة التنظيم والتفكير Reorganization**

هذه المرحلة قد تبدأ بعد أشهر أو سنوات

الصدمة:

كم هي مؤلمة تلك اللحظات التي يتلقى فيها الوالدين الخبر بأن طفلهم مصاب بالشلل الدماغي، ولكن..... تأتي الرياح بما لا تشتهي السفن، ينزل الخبر عليهم كصخرة كبيرة، وتأخذهم الصدمة بعيداً، وتتطاير الأفكار هنا وهناك كفقاعات الصابون، جميع العواطف يمكن توقعها وهو رد فعل طبيعي لدى الجميع، من الغضب إلى الحزن، الإحساس بالذنب، الخجل واليأس، وحتى عدم تقبل الحقيقة أو الطفل.

عندما ترى الأم هذا الطفل، هل ترى فلذة كبدها؟ أم ترى طفلاً ذي احتياجات خاصة؟

تلك الحقيقة تجلي الكثير من الأمور لتبرز عاطفة الأمومة الجياشة، ومع تشخيص الحالة، تبدأ الأم الوالدين، وتجول الأسئلة في خواطرهم:

- لماذا نحن؟
- ما هي الأسباب؟
- هل كان بالإمكان منع حدوثه؟
- ما هو مستقبله؟
- ماذا نستطيع أن نعمل له؟ هل من علاج؟

في لحظة الصدمة، قد يسيطر على الوالدين أو أحدهما شعور خاص، شعور سلبي، يكون عقبة في الطريق إلى تقبل الطفل، ولكن مع وقوف الوالدين كلاً يشد أزر الآخر، وبمساعدة الأهل وتذكيرهم بأنه اختبار للصبر واحتساب الأجر، والإيمان بالله وعطائه،

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

والتبصر حول عطاء الله لكل خير سابق، كل ذلك سيقلل من شدة الصدمة ويجعل قبوله كفرد من العائلة أمراً مقبولاً.

الإنكار (النكران):

وهو عدم أعتراف الوالدين بوجود أعاقة لدى الطفل وخاصة عندما تكون الأعاقة بسيطة، ويلاحظ ذلك في بعض الأحيان حتى لو تم أبلاغهم بالإعاقة ونوعها من قبل الطبيب المعالج، وعليه فقد يستمرون في البحث عن التشخيص.

الخجل:

اتجاهات المجتمع سلبية لحو المعاقين، سيكون للأهل والأقرباء دوراً مهماً في العلاقة بين الطفل ووالديه وأسلوب حياتهم اليومية والإجتماعية، يؤثر سلباً وإيجابا على هذه العلاقة، فكلمات الرثاء وعندما يقال عنه كلمات غير سوية قد تؤدي إلي إحباط الوالدين وانعزالهم عن الآخرين، يخفون طفلهم، والطريق السليم هو تجاهل ما يقول الآخرين، وإخبار الأصدقاء بأنه طفل كغيره، له مقدرته الخاصة، وان رعايتكم له ستجعله في وضع أفضل، لا تجعلوه مدار الحديث مع الآخرين ولا تبحثوا عن طريقه المواساة من الآخرين، اجعلوا حياتكم طبيعية ما أمكن بالخروج للمنتزهات والأسواق، ولا تجعلوه عذراً للتقوقع والانعزال عن الآخرين.

الحب المدمر والحماية الزائدة

الأم عطوفة حنونة بطبعها تحب طفلها مها كانت حالته، وقد يكون التعبير بوسائل شتى بعضها ظاهر والآخر باطن، وعندما يكون الطفل ذي احتياجات خاصة فإن بعض الأمهات يقومون بمعاملته بطريقة خاصة وحب شديد فتمنعه من الاحتكاك مع الآخرين ومع الحياة والتصارع مع الطبيعة، فالجروح تندمل إذا حصلت، ولكي يعتمد الطفل على نفسه فلابد له من القيام بالخطأ والصواب ليتعلم من أخطاءه ولكي يحقق ذاته.

دور الفريق العلاجي

الفريق العلاجي (الطبيب، التمريض، التثقيف الصحي، المعالج النفسي) لهم دور كبير في توعية الوالدين عن حالة طفلهم وطريقة التعامل معه، كما وصف الأدوية العلاجية، تلك النقاط نوجزها كما يلي:

- نقل الخبر للوالدين بطريقة علمية
- تزويد الوالدين بالمنشورات والكتيبات الخاصة عن الحالة
- توعية الوالدين لأهمية الرعاية النفسية للطفل.
- المتابعة المستمرة مع الطبيب المعالج

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- التشجيع على قيام الطفل بالنشاطات والألعاب التي يستطيع القيام بها.
- قيام العائلة بالنزهات والزيارات وعدم احتساب الطفل عبئاً عليهم.
- عدم جعله محور الحديث مع الأصدقاء أو جعله نقطة شفقة.
- توعية المجتمع لأهمية رعاية المعاقين وعدم نبذهم أو اعتبارهم حالة شفقة.
- الحث على انخراط الطفل في التعليم حسب قدراته

ثانيا: تأهيل وعلاج الأطفال ذوي الشلل الدماغي:

الوقاية من الشلل الدماغي

الشلل الدماغي ليس مرضاً بحد ذاته، ولكن عرضاً للعديد من الأسباب التي يمكن منعها ومن ثم التقليل من حدوث الشلل الدماغي، كما التقليل من تبعات الحالة ومنع المضاعفات أو جعلها في حدها الأدنى، والشلل الدماغي صورة حقيقة لمستوى الخدمة الصحية والتوعوية المقدمة للمواطن، فكلما زادت هذه الخدمات قلت نسبة الإصابة، كما قلت نسبة المضاعفات.

المستوى الأول :Primary Prevention الوقاية قبل الحمل

- التثقيف الصحي
- إجراء الفحوصات الطبية بالنسبة للمقدمين على الزواج (الأمراض الوراثية)
- أعطاء التطعيمات الأساسية، فتطعيم الأم يمكن أن يمنع الكثير من الأمراض مثل التطعيم ضد الحصبة، الحصبة الألماني والكزاز
- معرفة فصيلة الدم (لمنع عدم توافق فصيلة الدم)

المستوى الثانيSecondary Prevention: الوقاية خلال الحمل والولادة

- التثقيف الصحي من قبل مراكز الأمومة والطفولة ووسائل الإعلام المختلفة حول صحة الحامل وتغذيتها.
- تجهيز مراكز الولادة وتدريب الأطقم الطبية
- الولادة في المراكز المتخصصة
- الرعاية الصحية للحامل لمنع حدوث الأسباب ومنها فقر الدم وسوء التغذية
- إجراء الفحوصات المخبرية الأساسية للحامل
- متابعة عدم توافق فصيلة الدم Rh.incompatability وإعطاء حقنة التحسس الخاصة Rhogam
- عدم تناول الأدوية بدون استشارة الطبيب

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- علاج الأمراض التي تصيب الأم مثل ارتفاع ضغط الدم والسكري
- الحوادث (الصدمات) والتي تؤدي إلى إصابة الجنين (النزيف الدماغي)
- عدم التعرض للأشعة
- عدم التعرض للسموم مثل الزئبق والرصاص
- علاج تسمم الحمل
- منع حدوث الولادة المبكرة
- متابعة الولادة قبل الأوان (الطفل المبتسر/ الخديج)
- محاولة منع الولادة المتعسرة (نزول المقعدة، نزول المشيمة، الولادة بالجفت)
- متابعة اليرقان (الصفار) في الأطفال حديثي الولادة لمعرفة مستواه في الدم وعلاجه سواء بالإضاءة المخصصة (وليس اللمبة العادية) أو تغيير الدم Exchange transfusion

المستوى الثالث :Tertiary Prevention الوقاية من المضاعفات

الهدف هو الحيلولة دون تفاقم المشكلة العضلية وتحولها إلى عجز، و السيطرة على الأعراض المصاحبة، و تنمية قدرات الطفل للوصول الى القدرات الكاملة، ومنها:

- العلاج الطبيعي
- العلاج المهني
- العلاج النفسي
- توفير الأدوات والمعدات المساندة
- تعديل اتجاهات الأسرة والمجتمع
- التربية الخاصة والتأهيل
- توفير فرص العمل
-

التدخل المبكر للتدريب والعلاج لنجاح عملية الدمج:

مع العلم بعدم وجود علاج شاف للشلل الدماغي فإن هناك العديد من الطرق لمساعدة هؤلاء الأطفال للحصول على أفضل نتيجة محتملة للنمو والتطور، ولكي يتمكن من تحسين قدراته العضلية لأداء الكثير من المهام التي يحتاجها في حياته اليومية كالمشي والأكل والتواصل مع الآخرين عن طريق الكلام، فالتشخيص والتدخل المبكر ذو أهمية كبيرة، حيث تقوم المجموعة العلاجية بوضع خطة علاجية خاصة للطفل، هذه الخطة العلاجية يمكن أن يكتب لها النجاح عندما يكون لوالدي الطفل دور كبير في التخطيط لها وتطبيقها.

بدء علاج الشلل الدماغي

من المهم البدء في برامج التدخل المبكرللتدريب والعلاج عند الأشتباه في وجود الشلل الدماغي وقبل التشخيص النهائي، فالتشخيص قد يأخذ مدة من الزمن، فكلما

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

أسرعنا في التدريب كان ذلك أفضل، والبداية عادة ما تكون بـالعلاج الطبيعـي والإجـلاس المناسب كما العلاج الوظيفي، والهدف منها الوصول بقدرات الطفـل إلى مـستوى أقرانـه في نفس العمر، ومنع التشوهات الجسمية قبل حدوثها، هذه التـدريبات تعتمـد علـى الوالـدين حيث يتم تدريبهما على أستخدام المثيرات الحسية والتدريبات والأوضاع الـصحية للطفـل، وهذه البرامج تبدأ في الأشهر الأول من العمر.

نقاط التدريب الأساسية

يحتاج الطفل إلى التدريب الحركي والتعليمي والسلوكي في كـل مرحلـة مـن مراحـل حياته، ومن أهم نقاط التدريب الأساسية :

- التدريب على الحركة
- التدريب على التواصل والنطق
- التدريب على قضاء الحاجة في الحمام
- التدريب على العناية بالنفس (تغيير الملابس، غسل الوجه والبدن، تنظيـف الأسـنان، وغيرها)
- التدريب على التغذية (طريقة الأكل، استخدام الأواني، أوقات ونوعيات الأكل)
- المساعدة في المنزل
- الرياضة بأنواعها

كيفية التدريب؟

كلما كان تدخل الأهل مبكراً ومكثفاً كانت فرص التحسن أكثر وأكبر، وهذا التدخل بالتدريب يجب أن يكون واضحاً مـستمراً وبإتجـاه واحـد، وتربيـة الطفـل المـصاب بالـشلل الدماغي لا تختلـف عـن تربيـة بقيـة الأطفـال ولكنهـا تحتـاج إلى المثـابرة والـصبر، فالأهـل يستطيعون أن يعلموا الطفل الكثير مـن المهـارات البـسيطة اليوميـة والتعامـل الأجتمـاعي، وهناك نقاط لابد من توضيحها :

- الطفل يتعلم بسرعة إذا كان ما يتعلمه فيه متعة
- الطفل يرغب في التشجيع والمكافئة
- الطفل يتعلم المهارة الجديدة إذا جزئت إلى خطوات بسيطة بدلاً عن دفعة واحدة
- مساعدة الطفل على أداء المهارة ثم تقليل الأعتماد بصورة تدريجية
- تعليم المهارة الأبسط ثم التدرج إلى أنواع أخرى (درجة درجة)
- لكل مرحلة عمرية قدراتها ولكل طفل قدراته الخاصة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- المثابرة والصبر فقد تحتاج المهارة الواحدة مدة طويلة

ما هي الأدوية العلاجية؟

لا يوجد أدوية علاجية تشفي الطفل المصاب بالشلل الدماغي ولكن الطبيب قد يصف بعض العلاجات المساعدة ومنها :

- أدوية لتخفيف التقلص العضلي وزيادة التناغم بينها، ولكن هذه الأدوية ذات مفعول مؤقت حيث ترتخي العضلات لفترة معينة ثم تعود للتقلص، ولكنها تستخدم في بعض مراحل العلاج.
- أدوية الصرع للأطفال المصابين به
- الحديد والفيتامينات لمنع نقصها
- الأغذية المناسبة لكل مرحلة عمرية لمنع حدوث سوء التغذية

العلاج الجراحي

لا يوجد علاج جراحي للشلل الدماغي ولكن هناك بعض العمليات الجراحية التي يتم عملها لتسهيل العلاج الطبيعي وتقليل التشوهات الحركية، وتلك العمليات تجرى في مراحل عمرية معينة بعد حصول الطفل على مهارات حركية معينة، وأخصائي الجراحة سوف يعطيكم الصورة الكاملة لذلك، ومن تلك العمليات:

- القيام بجراحة للعضلات والأوتار المتقلصة لزيادة طولها
- التدخل الجراحي على المفاصل والعظام لإصلاح التشوهات الحاصلة بها

العلاج النفسي:

من الأمور المهملة في البلاد العربية هي التأثيرات النفسية للإعاقة على الطفل وعائلته، وقد لا يستطيع الطفل التعبير عن نفسه وعن حاجاته، وتلك الحاجات يجب أن ندركها فهو طفل كغيره من الأطفال لديه أحاسيس ومشاعر وانفعالات، وهو بحاجة إلى الأحتكاك للتعلم من الحياة، كما أن العائلة تقاسي في البحث عن العلاج والإرشاد لما تستطيع عمله لطفلها، كما أن رعاية الطفل تحتاج إلى الكثير من الوقت والجهد، كل ذلك ينعكس بتأثيرات سلبية عليها، مما قد يؤثر على الأستقرار العائلي وعلاقة العائلة بعضها البعض، كل ذلك يجعلنا نؤكد على أهمية الدعم الأجتماعي للعائلة بالإضافة إلى إحتياجها للدعم والتوجيه النفسي.

التعامل مع مشاكل الكلام والنطق

عدم القدرة على الكلام بوضوح من المشاكل الشائعة في حالات الشلل الدماغي، ويعتمد العلاج على السبب، فإذا كان السبب هي أصابة مركز الكلام في القشرة الدماغية

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

فذلك عطل لا يمكن علاجه، ولكن يجب على العائلة التركيز على كيفية التواصل مع الطفل وفهم تعبيراته غير الصوتية كتعبيرات الوجه والأشارات، وإذا كانت المشكلة في عضلات الفم واللسان فيمكن بمساعدة أخصائي النطق من تدريب الطفل على الكلام، وهنا يجب أن لا ننسى أن الطفل الذي لا يسمع لا يتكلم، وعليه يجب قياس السمع للطفل بشكل دوري لمعرفة وجود أي نقص في القدرات السمعية وعلاجها مبكراً، كما منع التهاب الأذن الوسطى.

ما هي الخطة العلاجية؟

الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لديهم مشاكل في الحركة والتوازن، كما أن لديهم العديد من المشاكل الأخرى التي تحتاج إلى متابعة وعلاج مثل البصر، السمع، الكلام، صعوبات التعلم والذكاء، التغذية، الصرع، المشاكل السلوكية وغيرها، هذه المشاكل مترابطة تؤثر إحداها على الأخرى بشكل أو آخر، لذلك فإن الإحتياج لمجموعة من الاختصاصين الصحيين الذين يعملون في طريق واحد مهم جداً لمساعدة العائلة للوصول إلى نجاح الخطة العلاجية.

الفريق الطبي والعلاجي:

أهمية تكوين الفريق الطبي وتنظيمه وترتيب قواعد عمله أمر ضروري، فيجب أن تكون هناك فلسفة مشتركة للعمل والعمل كوحدة واحدة، كما أن المهارة والخبرة ضرورية بجانب الرغبة في العمل بإخلاص فالجميع يعمل لهدف واحد، ونجاح كل فرد من هذه المجموعة يعتمد على نجاح الآخرين، لذلك يجب أن يكون هناك تواصل بين أعضاء الفريق حول ما تم إنجازه وما يفترض تنفيذه وما يتوقع من نتائج، هذه المجموعة تتكون من :

- أخصائي طب الأطفال
- تمريض
- أخصائي علاج وظيفي
- أخصائي نفسي
- أخصائي سمعيات
- أخصائي عيون وبصريات
- أخصائي جراحة العظام
- أخصائي علاج طبيعي
- أخصائي اجتماعي
- أخصائي تغذية
- أخصائي نطق وتحادث
- مدرس تعليم خاص

ما هو دور المجموعة العلاجية؟

كل متخصص في المجموعة العلاجية له دور معين في علاج الطفل وتدريب الأهل للحصول على مكتسبات في مجال معين، وإزالة المعوقات للوصول إلى ذلك الهدف، فكل منهم وبخبرته قادر على تعليم الأهل الطريقة السهلة البسيطة على أداء شيء معين، كما أن كلاً منهم قادر على معرفة قدرات الطفل في مجاله، وقادر على إكتشاف نقاط الضعف والقوة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

لديه، ومن خلال معرفة القدرات الأساسية فإنه يقوم البناء عليها وبالتدريج للحصول على مكتسبات جديدة ومن ثم زيادة قدرات الطفل على أداء العديد من المهام

- **أخصائي طب الأطفال:** هوالمشرف الرئيسي على متابعة الطفل حيث يقوم بالكشف الدوري وإعطاء التطعيمات الأساسية، وقياس المستوى الصحي العام، بالإضافة إلى الكشف الطبي لتشخيص الحالة ومقدار الإصابة وما يحتاجه الطفل من رعاية، وإعطاء الأدوية التي يحتاجها الطفل كعلاج الصرع مثلاً، والأدوية التي تستخدم لزيادة التناغم العضلي، والتنسيق مع بقية المجموعة العلاجية لتقديم المساعدة للطفل وعائلته.
- **جراح العظام:** قد تكون الحالة صعبة وخصوصاً عند التأخر في التعامل مع الحالة من عمر مبكر بالعلاج الطبيعي، لذلك فقد يحصل لدى الطفل تقفع Contracture وهو تقلص العضلات وتيبسها الدائم وخصوصاً حول المفصل، مما يؤدي إلى عدم القدرة على إستخدام الأطراف، وكذلك قد يحدث فكك في المفاصل وتشوهات في العمود الفقري، كلاً من تلك المشاكل تعيق الطفل في شكله العام وحركته مما يستدعي التدخل المبكر لمنعها من خلال إستخدام الجبيرة، وفي مرحلة لاحقة التدخل الجراحي لإزالتها أو التخفيف منها.
- **الأطباء الاستشاريون:** أطباء متخصصون كل في مجاله (العيون، الأنف والأذن والحنجرة، أخصائي أعصاب، أسنان، غيرهم) يساهمون في إجراء الفحوص الطبية عند اللزوم.
- **التمريض:** الممرضة المدربة على التعامل مع تلك الحالات قادرة على عمل الكثير لمساعدة الفريق العلاجي، كذلك مساعدة الأهل في التغلب على الصعوبات التي يواجهونها، ومتابعة حالة الطفل الصحية والنفسية من خلال الزيارات المنزلية المنتظمة، كذلك يمكنها تدريب الأسرة على منع حدوث قروح الفراش والتي تكثر عند ثبات الطفل في وضع واحد حيث يقل الدم الواصل للمناطق تحت الضغط ومن ثم تقرحها.
- **أخصائي العلاج الطبيعي:** يقوم بتقييم الحركة والتوازن والإجلاس، ومن ثم التوصية على التدريبات التي يحتاجها في كل مرحلة عمرية وإختيار الأجهزة المساعدة التي يحتاجها.
- **المعالج الوظيفي:** يقوم بتقييم التطور الحركي لليد والفم والتوصية بما يساعد الطفل على التغذية مثلاً، كما يساعد الطفل على التكيف مع إعاقته، وإعطاءه الخبرة الحسية والحركية، ومن ثم بناء وتطوير الحركة للوصول إلى نوع أقرب للطبيعي من الحركة من خلال التدريب اليومي المدروس.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- **الأخصائي النفسي**: المعالج النفسي له دور كبير في مساعدة العائلة على تخطي الكثير من الصعوبات التي يواجهونها، وكذلك منع الإحباطات التي يحس بها الطفل من المجتمع المحيط به، كما أن المعالج قادر على رفع الروح المعنوية والتحفيز للطفل وعائلته، ومن أهم النقاط التي يقوم بها المعالج النفسي :
- تقييم درجة الذكاء والقدرة على التعلم من خلال الملاحظة وإجراء المقاييس النفسية المختلفة
- دراسة ميوله وقدراته المهنية
- دراسة مدى استعداده للتعاون ووضع البرنامج المناسب
- يقوم بالعمل مع الوالدين لإيجاد الأسلوب الأمثل للتغلب على الصعوبات اللغوية والتعليمية
- يقوم بالعمل مع الوالدين لإيجاد الأسلوب الأمثل للتغلب على الصعوبات السلوكية.
- **الأخصائي الأجتماعي**: للأخصائي الأجتماعي دور كبير في تقديم الدعم للطفل وأسرته، حيث يقوم بمتابعة حالة الطفل الأسرية مادياً ومعنوياً ومن ثم إيجاد الأسلوب الأمثل للمساعدة، ويتركز دوره في ما يلي:
    - معرفة الإمكانيات المادية للأسرة
    - دراسة اتجاهات الأسرة نحو الطفل وعجزه
    - الزيارات المنزلية
    - تقديم الدعم والتوعية من خلال الملصقات
    - توفير الأجهزة التعويضية والأجهزة المساعدة
    - المساعدة المالية من خلال المؤسسات الحكومية والأهلية
    - التعرف على المؤسسات والجمعيات التي تقوم برعاية هؤلاء الأطفال
    - المساعدة التعليمية من خلال معرفة المدارس والمراكز
    - دراسة الإستعداد للرعاية المنزلية
- **أخصائي تغذية**: يقوم بتقييم النمو وإكتشاف النقص الموجود فيه ومن ثم رسم البرنامج الغذائي المناسب لعمر الطفل وقدرته على الأكل والشرب.
- **أخصائي سمعيات**: يقوم بتقييم حالة الطفل وإجراء الأختبارات اللازمة كقياس السمع (حسب عمر الطفل) ومن ثم معرفة نوع الإعاقة السمعية (نقص السمع العصبي أو التوصيلي) ومن ثم التوصية بإستخدام السّماعات اللازمة عند الإحتياج لها.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- **أخصائي النطق والتحادث**: الطفل المصاب بالشلل الدماغي لديه عطب أو خلل في الأعصاب التي تتحكم في الصوت ومن ثم الكلام، وقد يجد الطفل صعوبة كبرى في الكلام ونوعه، وقد نلاحظ أنه يتكلم بطريقة صعبة قد يضحك منها الكثيرين، فالبعض لديهم صعوبة في النطق كالتلعثمDysarthia، وآخرون لديهم خلل في إختيار وتتابع الكلام Apraxia، والتي تظهر على شكل صعوبة في إختيار مواقع الأصوات والمقاطع والجمل، ويعمل أخصائي النطق والتحادث على :
  - معرفة قدرات الطفل الكلامية ومن ثم بناء مكتسبات جديدة
  - يقوم بتشخيص الحالة وتحديد طبعية المشاكل اللغوية
  - تقدير حركة الكلام
  - تقييم آلية البلع
  - محاولة السيطرة على الصعوبات التي يواجهها ليكون كلامه واضحاً ومفهوماً
  - بناء المهارات اللغوية بزيادة حصيلته منها وتدريبه على الجمل المفيدة السهلة.
  - العلاج بإستخدام الأساليب العلاجية لتنمية المهارات اللغوية الأستقبالية والتعبيرية
  - غير القادرين على الكلام يمكن تدريبهم على لغة الإشارة، وإستخدام الكمبيوتر والصُور، لتكون أسلوباً للتواصل مع المجتمع من حوله.
- **مدرس التعليم الخاص**: صعوبات التعلم تختلف من طفل لآخر، فالبعض يكون لديه صعوبة في الرياضيات فقط، وآخرون تكون لديهم صعوبة في النطق، ولهذا الإختلاف يحتاج الطفل إلى تقييم خاص للذكاء وصعوبات التعلم من قبل الأخصائي النفسي بمساعدة مدرس في التعليم الخاص، والذي يقوم برسم الخطة التعليمية للطفل من خلال معرفة نقاط القوة والضعف، وإستغلال الإمكانيات المتاحة للوصول للهدف المنشود.

دور العلاج الطبيعي لذوي الشلل الدماغي:

العلاج الطبيعي:

يقوم أخصائي العلاج الطبيعي بتقييم الحركة والتوازن ومن ثم التوصية على التدريبات التي يحتاجها في كل مرحلة عمرية، وإختيار الأجهزة المساعدة التي يحتاجها، وكلاهما يساعد الطفل على التكيف مع إعاقته، وإعطاءه الخبرة الحسية والحركية، ومن ثم بناء وتطوير الحركة للوصول إلى نوع أقرب للطبيعي من الحركة من خلال التدريب اليومي المدروس.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

يساعد العلاج الطبيعي على تعلم أفضل الطرق للحركة والإتزان الجسمي، ومن ثم مساعدة الطفل على الوقوف والمشي الطبيعي أو باستخدام الأجهزة التعويضية المساعدة كالعكاز أو الكرسي المتحرك، وكذلك تدريب اليدين لإستخدامها في الأكل والشرب.

قد يستخدم المعالج الطبيعي مهارات قد تبدو بسيطة، وأخرى قد تبدو مضحكة في نظر البعض، مثل الركض ورمي الكرة وإستخدام العجلة، وتلك الأساليب الغرض منها زيادة المهارات الحركية وتقويتها من أجل الوصول إلى مهارات معينة وبالتدريج.

أساليب العلاج الطبيعي:

العلاج الطبيعي يتم بأساليب متعددة، ولكنها ترتكز على أساسين مهمين :

- الحركة الموجبة: وهو ما يقوم به الطفل نفسه
- الحركة السالبة: وهي الحركات التي يقوم بها المعالج لتحريك العضلات
- هذه النشاطات العضلية تؤدي إلى زيادة قوة العضلات ومن ثم زيادة القدرات الحركية، ومع كل زيادة في المهارات تزداد ثقة الطفل في نفسه كما يزيد تواصله مع المجتمع من حوله، لذلك يجب تشجيعه في كل نجاح يؤديه وعدم اليأس من فشل المحاولة، والكثير من الألعاب قد كيفت (تم تغييرها) ليقوم المعاقين بالمشاركة فيها. ويعتبر العلاج الطبيعي من الوسائل التي تساعد الطفل على إستخدام عضلاته المعطلة، ويستخدم في ذلك العلاج بالحمامات المائية، الكهرباء والتدليك، التمرينات البدنية

دور أخصائي العلاج الطبيعي

يقوم أخصائي العلاج الطبيعي بدراسة حالة الطفل من خلال ما يلي :

- تقييم مستوى التوتر العضلي
- تقييم الأنماط الحركية وردود الفعل التوازنية
- تقييم القدرات الجسدية ومن ثم التعامل معها لتحسين الوضع الجسمي والقدرات الحركية الكبرى
- إستعادة مجال حركة المفصل والإحتفاظ به من خلال الحركة والتمرين
- تقييم طول العضلة و إنجاز تمرينات التمدد وحركة الألياف الطرية لتعزيز العضلة
- تنفيذ التقويم الخاص بقوة الحركة
- تقييم التوازن والتدريب على الجلوس والوقوف والمشي
- إعطاء التمرينات الخاصة بهدف زيادة القوة والتحمل والتنسيق لمجموعة محددة من العضلات او الجسم كله

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- تقدير إحتياج الطفل للأجهزة المساعدة

الطرق العلاجية:

هناك العديد من الطرق التي تعتمد على العلاج الحسي الحركي، البعض منها ينفع لبعض الأطفال دون غيرهم، وأخصائي العلاج الطبيعي هو الذي يقرر مناسبة الطريقة لحالة الطفل من عدمها، ومن هذه الطرق:

- طريقة بوباث: وتعتمد أساسا على منع الحركات غير المرغوب فيها وتسهيل الحركات المطلوبة
- طريقة دومان- ديلاكتو: وتسمى طريقة الأنماط، حيث يتم تطوير وتنمية الأنماط الحركية المعقدة عن طريق تطوير الأنماط الانعكاسية
- الطريقة الشرقية (الفوتيا): تعتمد على ردود الفعل اللاإرادية عن طريق الضغط على نقاط وأماكن محددة في الجسم تؤدي إلى حث المستقبلات الداخلية لدى الطفل للحصول على الحركة
- طريقة رود: تعتمد على العلاج العصبي الفسيولوجي من خلال زيادة مستوى النشاط العضلي بطرائق مختلفة مثل الحرارة والبرودة والمساج
- طريقة كابات- نوت: وتعتمد على توظيف الأجزاء القوية وغير المصابة من أجل تقوية الأجزاء الضعيفة

الأجهزة التعويضية :

هناك الكثير من الأجهزة التعويضية التي يوصي بها الطبيب المعالج و المعالج الطبيعي والوظيفي حسب نوع الإعاقة الموجودة كما الإحتياج لها، بعضاً منها جاهز في الأسواق والبعض الآخر يحتاج إلى تصنيع خاص ليناسب حجم الطفل، وقد تحتاج هذه الأجهزة إلى تغيير وتبديل بعد فترة من الزمن لنمو الطفل الجسمي وتغيير حالته وقدراته، والهدف من الأجهزة التعويضية هو مساعدة الطفل على التكيف مع أعاقته وتطوير الحركة، كما منع التشوهات الجسمية، وهناك أجهزة أخرى تعويضية لمساعدة الطفل على التكيف في معاشه اليومي، ومن أمثلة هذه الأجهزة :

- جبيرة للقدم
- أحذية خاصة
- عكاز بأنواعه للمساعدة على المشي
- كرسي خاص (للجلوس)
- كرسي متحرك (عادي، كهربي)

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- سرير كهربي
- مطرحة سرير خاصة (لمنع التقرحات السريرية)
- كأس خاص للشرب ذي قاعدة كبيرة
- ممسك خاص للملعقة والشوكة (لإستخدامها للأكل)
- مساعدات للسمع (سماعات)
- نظارات

تمارين مقترحة في العلاج الحركي للأطفال ذوي الشلل الدماغي:

من أولى المهارات التي ينميها الطفل العادي هي القدرة على رفع الرأس والتحكم بالرأس من المهارات الضرورية قبل أن يتمكن الطفل من تعلم الاستدارة والجلوس أو الزحف. يتطور التحكم بالجسم تدريجياً انطلاقاً من الرأس باتجاه الأسفل، والطفل المصاب بالشلل الدماغي يتأخر عادة في تحقيق ذلك.

الوضع الأول

لتشجيع الطفل على رفع رأسه عندما يكون منبطحاً على وجهه. يمكن جذب انتباهه بأشياء ذات ألوان فاقعة تصدر عنها أصوات غريبة وجذابة.

- **التمرين الثاني:** عندما تقومين بإطعامه، ضعيه في حضنك ورأسه مرفوع للأمام قليلاً والذراعين إلى الأمام، لا تطعميه ورأسه مدلى إلى الوراء لصعوبة البلع في هذا الوضع. إذا لاحظت إن الطعام يخرج من فم الطفل يمكنك مساعدته بإغلاق فمه كما هو مبين في الصورة أدناه.

الوضع الثاني:

بعد أن يصبح الطفل قادراً على التحكم بحركات رأسه بشكل جيد، تكون الخطوة التالية في العادة هي الاستدارة، أي دوران الجزء الأعلى من الجسم على جزئه الأسفل، وهذه المهارة يجب أن يتعلمها الطفل قبل تعلم الزحف أو المشي.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- **التمرين الأول**: ضعي الطفل في وضعية الجلوس وأمسكي ذراعيه عند المرفقين، هزيه إلى الجانبين، وتحدثي معه بصوت رخيم أو غني له أو ارفعي ذراعيه إلى الأعلى والخارج مع بسط المرفقين راحة اليدين إلى الأعلى.

إذا ما سقط الطفل إلى الأمام وأنت تجلسه لتساعده على أن يطور رد فعل لحماية نفسه بواسطة الذراعين ضعه على مخدة اسطوانية أو أي شيء مشابه وأمسك بوركيه ثم أرجحه ببطء إلى الجانبين، وشجعه على أن يمسك نفسه بيده.

حمل الطفل بهذا الشكل يترك لرأسه وذراعية حرية الحركة لينظر ماحوله

الوضع الثالث:

بعد أن يكتسب الطفل تحكماً جيداً بالرأس يبدأ عادة بالجلوس من خلال هذه المراحل.

- **التمرين الأول**: علمي طفلك التوازن والسيطرة على الجذع، هزيه بلطف إلى الأمام والخلف والجانبين، وأدعميه جيداً حتى لا يخاف 12

عندما تريدين حمله، أحمليه في وضعية الجلوس، وساقاه متباعدين ويفضل أن يكون وجهه إلى الأمام لكي يرى العالم من حوله ويستحسن أن تتحدثي معه عما يمكن أن يشاهده من أشياء ومناظر، أنظري الصور.

الوضع الرابع

لكي يستطيع الطفل أن يمشي بمفرده، فإنه بحاجة إلى تحقيق سيطرة كاملة على عضلات الجذع والحوض بإضافة إلى التوازن والتناسق في حركة الحوض والأطراف السفلى لذلك ابدئي بتعليم طفلك الوقوف على الركبتين بمساعدة الأثاث من خلال اللعب.

الجلوس السليم لمنع التشوهات:

يمثل الإجلاس مشكلة وتحدياً لعائلة الطفل والقائمين على رعايته وتأهيله، فعند تطبيق المبادئ الرئيسة للإجلاس نلاحظ أن المطفل المرجوة متضاربة ومتناقضة، لذلك فهي ليست عملية بسيطة أو مؤقتة ولكنها عملية معقدة وتحتاج إلى مدى طويل جداً من المتابعة، وفي كل مراحل العمر.

الهدف من الإجلاس

الهدف الرئيسي هو توفير الراحة للطفل وتفادي الضغط الزائد عليه، بطريقة تمكنه من ممارسة حياته ونشاطه اليومي بأمان ويسر ومنع التشوهات الجسمية، أو احتوائها لمنع تزايدها.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

متى يبدأ التدريب؟

منع التشوهات الجسمية يبدأ بعد الولادة، والاجلاس ليس هو العلاج الطبيعي ولكنه جزءاً منها، ولكل طفل احتياجاته الخاصة حسب نوع الإصابة، ولكل مرحلة عمرية احتياجاتها، والإجلاس عملية تتم بشكل مستمر ومتطور مع التطور الحركي للطفل، والنجاح في الوصول إلى الأهداف يعتمد على مهارات وقدرات الطاقم الطبي التأهيلي، وتعاون الأهل وتطبيقهم للخطة العلاجية.

الآثار السلبية للجلوس الخطأ:

عند أصابة الدماغ فإن العضلات في منطقة معينة تتأثر ويحدث لها انقباض، وفي كل مفصل مثلاً فإن هناك مجموعة من العضلات تعمل باتجاه معين ومجموعة أخرى تعمل في الاتجاه المعاكس، وعند سيطرة مجموعة منها على الأخرى وبشكل مستمر فإن الطرف أو المفصل يتخذ وضعية بإتجاه العضلة المسيطرةمما يؤدي في النهاية إلى حدوث تشوهات جسمية دائمة.

الآثار الإيجابية للجلوس السليم:

يعتمد الإجلاس والتحريك السليم للطفل المصاب بالشلل الدماغي على معرفة نوعية الإعاقة الحركية المتوقعة، والتوقع المستقبلي لما يمكن أن يحدث من تشوهات بدنية ومنعها، وذلك من خلال دعم الطفل في حالة السكون والحركة وعدم السماح للعضلات المتشنجة بتغيير الوضع الطبيعي للجسم، والمعالج الطبيعي والوظيفي سيقترح الكثير من النقاط والمهمات الواجب اتخاذها،

وتلك لا يمكن تعلمها من كتاب، ولكن الكتاب ينير الطريق بالتعرف على المشاكل المتوقعة وتجارب الآخرين في التعامل معها، وهناك كتب خاصة في هذا المجال.

تدريب العضلات على أداء المهارات الحياتية:

يختلف المعالج الوظيفي عن المعالج الطبيعي في تركيزه على العضلات التي يحتاجها الطفل في حياته اليومية وخصوصاً عضلات اليدين (الأكل، الشرب، الكتابة، الرسم) وعضلات الوجه والفم (الأكل، الشرب، الكلام)، وبخبرته يقوم بتقييم حالة الطفل ومعرفة المشاكل التي يواجهها، ومن ثم إيجاد الطريقة الأسهل للقيام بالعمل المطلوب، وبناء المهارات خطوة خطوة.

ومن أهم ما يقوم به المعالج الوظيفي:

- تقييم حالة الطفل لمعرفة قدراته والصعوبات التي يواجهها
- التركيز على تطوير المهارات الحسية الإدراكية

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- تنفيذ البرامج اللازمة لتنمية المهارات الحركية الدقيقة والتآزر البصري اليدوي
- تقييم وتدريب الطفل على أنشطة الرعاية الذاتية (الأكل، الأستحمام، النظافة الشخصية، تغيير الملابس)
- تعليم الطفل كيفية إستخدام الأجهزة التعويضة أو الأدوات التكيفية
- إكتشاف المهارات والأهتمامات والعمل على إستثمارها
- تقييم وتدريب المناطق الضعيفة لتعويض القصور في الإحساس والإدراك
- تقييم وضع المنزل ومدى ملائمته للطفل وإقتراح التعديلات اللازمة لإيجاد بيئة آمنة وخالية من العوائق
- تدريب الأسرة على تطبيق الإقتراحات والتدريبات التي يحتاجها الطفل.

تأهيل الأطفال المصابين بالشلل الدماغي:

ما هو التأهيل؟

التأهيل هو عبارة عن الوسائل المشتركة والمنسقة من طبية اجتماعية وتربوية ومهنية والتي تهدف إلى تدريب أو إعادة تدريب الشخص لمساعدته على بلوغ أربع مستوى ممكن من الكفاءة الوظيفية والمقدرة على القيام بالأعباء اليومية.

هدف التأهيل: الحصول على أفضل استقلالية في الحياة اليومية وتحسين الوظائف الحركية والسيطرة الإرادية والوقاية من حدوث التشوهات العظمية وعلاجها عند حدوثها ومعالجة الاضطرابات المرافقة والتأهيل عبر المجتمع ودمج الأطفال المصابين في المدارس العادية والتأهيل المهني وتعديل البيئة المحيطة ومساعدات الاستقلال الوظيفي.

ويتم تحقيق هدف التأهيل عن طريق: العلاج الطبي، العلاج الحركي، العلاج التواصلي، العلاج الوظيفي، العلاج النفسي الحركي، العلاج النفسي، مصنع الأجهزة التقويمية، المساعدة الاجتماعية، المساعدة التربوية الدراسية، المساعدة العائلية.

الكشف المبكر عن الشلل الدماغي: يتم الكشف المبكر إما عن طريق الطبيب فور الولادة أو بعد الولادة أو من خلال الزيارات الأولى للطفل للمراقبة واللقاح، وإما عن طريق الأهل لدى ملاحظتهم تطور غير طبيعي لطفلهم وبعد إجراء كل ما يلزم لتأكيد الإصابة من فحوصات سريرية وشعاعية وغيرها من وسائل تساعد على التشخيص ويجب البدء فوراً بالتأهيل.

التدخل المبكر: التدخل المبكر هو اكتشاف وجود الإصابة أبكر ما يمكن وبعد وضع التشخيص المبدئي، يبدأ التدخل المبكر الذي يتضمن معرفة العمر الوظيفي ومعرفة تطبيق

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

برامج التدخل المبكر مثل (بورتيج) ومشاركة الأهل في البرنامج وإجراء المراقبة والتقييم المتكرر للطفل.

العلاج الحركي: هو جزء أساسي من التأهيل يعتمد على إجراء تمارين الهدف منها الحفاظ على العضلات مرنة وقوية ومنع حدوث التشوهات المفصلية والعظمية وتحريض حسي حركي لإعادة تنسيق الوظائف العصبية الحركية.

المبادئ العامة: تقيم بدقة وسجل الخطوات بشكل متتالي ومترابط ووضع خطة علاج واقعية قياساً لاستنتاجاتك في التقييم ويجب دمج المعالجة الباكرة بالتدابير اليومية للطفل.

إن الإعادة مهمة للتعليم وترسيخ النماذج الحركية المحددة. القيام بالتجارب الحسية الحركية على نفسك وإلزام الطفل بالمشاركة الفعالة العلمية والتحفيز شيء جوهري للطفل والعمل الجماعي.

المبادئ الخاصة: تطور التدريب الفكري.

تعديل النشاط غير الطبيعي: إن بعض المدارس تشدد بشكل أقل على هذه الظاهرة وبشكل أكثر على الاستقلال الوظيفي استخدام المنبهات والحوافز، سهولة الأهداف، الحركات الفاعلة بالرغم من أن البعض يستخدم أيضاً الحركات المنفعلة تقليل ومنع التشوهات.

الاستقلال الوظيفي: طرق العلاج الحركي

Helps proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF) rood vojta: conductive bobathle metayer

إن الطفل خلال مراحل نموه وليداً ورضيعاً ثم طفلا تتطور لديه وبدون أي تدريب (عفويا) برامج عصبية حركية عفوية معقدة ومتكيفة مع الظروف الجسدية الحركية، وهذه القابلية للتطور لا تختفي مع تقدم عمر الطفل والتحول الخاطئ لهذه القابلية هو السبب في حدوث التأخر في التطور النفسي الحركي، والطفل المصاب يعاني من خلل في هذه البرامج علينا إصلاحه عن طريق إجراء تدريبات عصبية حركية والاستفادة من القابلية التطورية لديه، إذاً الطفل المصاب تكون المناطق المسئولة عن الحركة في الدماغ لديه مصابة وبالتالي الميكانيكية البدنية ومراحل تطور الدماغ التي ترافقها مراحل التطور الحركي عند الطفل تكون مصابة بالخلل وإذا راقبنا التطور النفسي الحركي عند الطفل المصاب نلاحظ غياب بعض الحركات أو حركات غير طبيعية التي يقوم بها الطفل الطبيعي والطفل المصاب وبالتالي تحديد العمر الوظيفي له وتعين برنامج إعادة التأهيل الحركي كما قام بدراسة تحليلية للوظائف العصبية الحركية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

إن الدراسات السريرية تظهر بأن الرضيع الصغير يمكنه الاعتياد وبشكل آلي على الشروط الطبيعية الفيزيائية الحركية المعقدة التي يتعرض لها والتي تتطور عند تفاعل الطفل مع محيطه وعندما يتعلم تصحيح حركاته لجعلها أكثر نفعاً يمكن تقييم الوظيفة الدماغية الحركية العفوية التي تتكون من وظائف متنوعة تسمح بظهور الإجابات الحركية الآلية بما له من علاقة مع الشروط الحركية التي يخضع لها الطفل وهذه الوظائف هي: وظيفة الوضعية ووظيفة معاكسة الجاذبية (الاستناد، الهيئة، الانتصاب، التوازن) ووظيفة الانتقال من مكان لآخر ووظيفة إصدار الأوامر الإرادية وتحديده.

أولاً: وظيفة الوضعية: هذه الوظيفة هي مسئولة عن تنظيم مجموعة التقلصات العضلية للعضلات الضادة والمضادة لها (مثلاً العطف والبسط) في سبيل تعاون عدة أعضاء (جذع – أطراف) لإنجاز وضعية معينة بأخذ وضعية والتخلي عنها والرجوع للوضعية الأولى والتكيف مع الوضعية الثانية مثال: يمكن ملاحظتها في وضعية الاستلقاء (حيث تكون ردات الفعل ضد الجاذبية معدومة) ومن ثم الانتقال لوضعية الزحف أو الدوران الجانبي.

ثانياً: وظيفة معاكسة الجاذبية: هذه الوظيفة مسئولة عن العمل الميكانيكي المساعد لتكيف الجسد مع الجاذبية وتتضمن الوظائف الجزئية التالية: وظيفة الاستناد: تنظم عفوياً تقلص العضلات لمعاكسة الجاذبية مثل: عند حديث الولادة الاستناد العفوي بوضعية الجلوس ووظيفة الهيئة: تنظم عفوياً الانتصاب المرتفع لأجزاء الجسد الواقعة فوق نقاط الاستناد مثال: انتصاب الرأس وارتفاعه في وضعية الجلوس ووظيفة الانتصاب: تنظم عفويا التقلصات العضلية لارتفاع وانخفاض الجسد اعتباراً من قاعدة الاستناد مثال: محاولة الطفل الانتصاب مع الاستناد العفوي على المرفق ووظيفة التوازن: تحدث عفوياً ردة فعل تعويضية عند حدوث عدم التوازن فتغير حركات الجسم وتطلق عمل الآلية العصبية الحركية الفطرية وبذلك تقاوم أكثر الجاذبية والسقوط مثال: أجوبة حركية معاكسة عند حدوث انحناءات جانبية وأمامية وخلفية للجذع رد الفعل التوازنية التأرجحية للأطراف السفلية.

ثالثاً: وظيفة الانتقال من مكان لآخر: تساعد في التحرك على الأرض مع وجود نقاط استناد متعددة مثال الزحف والدوران من الظهر إلى البطن وبالعكس والمشي.

رابعاً: وظيفة إصدار الأوامر الإرادية وتحديدها: يعبر عنها بالحركة العفوية والحركة الإرادية وإن إمكانية تحديد الأوامر الإرادية تتطور مع تطور الإنسان ويمكن ملاحظتها في تناغم حركة الأطراف وأول ما تظهر عند الوليد في مستوى الحركة الشدقية الوجهية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

إن الوظائف العصبية الحركية تتداخل في آن واحد لإنجازحركة طلبت من الطفل مثلاً: تداخل وظيفة النهوض مع وظيفة الاستناد ومع وظيفة التوازن على شكل الميزان المتصالب ثم نزيد من ميلان الطفل فيحاول المحافظة على توازنه بإسناد قدميه بحافة الطاولة مع الحفاظ على وضعية النهوض وفي النهاية يسند يده على الطاولة ليحافظ على وظيفة النهوض ووظيفة التوازن أما عند الطفل المصاب وبحسب الإصابة الكلية التي تؤثر على القيام بالوظائف الحركية العصبية وتطورها وتداخلها لإكمال عمل ما فالطفل لا يستطيع أن يستخدم أكثر من وظيفة واحدة ويجد صعوبة في إنجاز حركات معقدة لذلك يجب تقديم العلاج عن طريق تحسين العمل بكل وظيفة على حدة ومن ثم التحسين في التداخل الوظيفي العصبي الحركي بتطبيق التمارين الحركية المناسبة اعتمد متيه في التقييم على مناورات الحركية المحرضة التي تتطور مع تقدم العمر وعن طريقها يمكن تشخيص الإصابة وتقييم الطفل ومتابعة حالته كما أكد متيه ضرورة الاهتمام بالوضعيات الوظيفية الصحيحة للوقاية من حدوث التشوهات العظيمة وعلى دور التحريضات الحسية المختلفة من بصرية ولمسية كما ودور الأهل في عملية التأهيل الجلسة تقسم إلى خمسة أقسام: وضعية مريحة مع الطفل: السيطرة الإرادية والأوتوماتيكية للتقلصات العضلية وتصحيح الوضعية وتحريض للأوتوماتيكية الدماغية الحركية العفوية والعمل على الوظائف العصبية الحركية وتطور الأوامر الإرادية الإجمالية والانتقائية خاصة للأطراف العفوية والوقاية من التقفعات والتشوهات.

تأهيل الشلل الدماغي وفق الطريقة الإنجليزية:

تعتمد طريقة (بوبات) على: مراقبة التطور العصبي الحركي الذي يقابله عند (متيه) مستوى التقييم الحركي وتقنية تحسين التوازن ومنعكس الوضعة ورد فعل التوازن.

يحرض عن طريق حركات لا توازنية متدرجة بطيئة ثم أسرع في وضعيات مختلفة حسب مرحلة العلاج من وضعية استلقاء بطني إلى جلوس فوضعية الحبو ثم الركوع على الركبتين وصولاً لنصف الركوع والوقوف وذلك اعتباراً من نقط تحكم معينة (الجذع مثلا) بحسب الحركة المراد إجرائها من قبل المعالج، يمكن تحسن رد الفعل التوازني على مستوى ثابت ثم متحرك مع الانتباه لعدم زيادة التشنج ورد فعل أوتوماتيكي للحماية وتقنية تسهيل الحركة الإرادية: التي تعتمد على: مناورات منها التشنج ونقاط التحكم التقييم: الانطباع العام (تواصل الطفل، وضعه العام، أجهزة مساعدة، اضطرابات مرافقة...) وصف ما يستطيع عمله الطفل وظيفياً، وصف مالا يستطيع عمله الطفل وظيفياً – القوة العضلية

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وقسمها إلى: منخفضة، مرتفعة، متذبذبة – التشنج ونمطه (النمط الباسط والنمط العاطف) – الردود المرافقة (في الأطراف أو في الوجه والفم) – المشاكل الرئيسية (التي يعاني منها الطفل توضع بد معرفة النقاط السابقة وتؤكد على الاستقلال الوظيفي – أفكار ومبادئ العلاج (يجب أن تكون تتناغم مع نتائج التقييم والمشاكل الرئيسية – أهداف العلاج الوظيفية) أهداف بعيدة مجزئة لأهداف قريبة ومعرفة التمارين الخاصة بكل هدف وأجزائه.

تأهيل الشلل الدماغي: جلسة العلاج تقسم إلى خمسة أقسام: وضعية مريحة مع الطفل – التمطيط الفعال – انهاء التشنج – تسهيل الحركة الإرادية وتصحيح الوضعية – تحسين وتسهيل مستقبلات الحس العميق.

الاستنتاجات: كلا الطريقتين تعتمد على: التطور العصبي الحركي – نقاط تحكم عند بوبات والحركة الفطرية والوظائف العصبية عند متيه – وصف التشنج عند بوبات وفحص التشنج عند متيه – بوبات يعتمد على الوصف أكثر ومتيه على الفحص والمناورات الحركية أكثر في التقييم – بوبات يقلل من الاهتمام في مشاكل التشوهات العظيمة ومتيه يركز على الوقاية واستخدام الأجهزة المقاومة والوسائل المساعدة.

دور الاسرة في التأهيل: هدفه تحسين المهارات الدقيقة وتقديم كل المساعدات الممكنة للتأقلم مع البيئة المحيطة والوصول لأفضل استقلالية في الحياة اليومية ويجاد عمل مناسب مع درجة الإصابة.

العلاج النفسي الحركي: هدفه تعرف الطفل على جسده وعلاقته بالفراغ وربط تطوره النفسي بتطوره الحركي ومساعدته على مبادئ التعلم في سن ما قبل المدرسة.

العلاج التواصلي: هدفه اكتشاف الطرق المتوفرة لإيجاد تواصل لاغنى عنه في الحياة مع المحيط من تواصل بالكلام أو بوسائل تعبير أخرى كما له دور في معالجة اضطرابات الطعام.

العلاج النفسي: هدفه مراعاة الناحية النفسية عن الطفل المصاب والأهل وفريق التأهيل ومساعدتهم في العلاقة فيما بينهم.

العلاج التربوي: هدفه تعليم الطفل المبادئ التربوية والتعليمية قبل وفي المدرسة ومساعدته على إيجاد استقلالية دراسية تمكنه مستقبلاً في العمل المهني.

العلاج التقويمي: هدفه صنع الأجهزة المساعدة في العلاج والمشي والحصول على الاستقلالية.

المساعد الاجتماعي: هدفه الربط بين أعضاء فريق التأهيل والعمل مع الأهل.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

دور الأهل في عملية التأهيل: للأهل دور كبير: أولا اكتشاف وجود تطور غير طبيعي للطفل ومن ثم التوجه للطبيب لوضع التشخيص وثانيا المشاركة بالتأهيل عن طريق تنفيذ التمارين والانتباه للوضعيات الخاطئة ومساعدة الفريق الطبي لإنجاز البرنامج الخاص بالطفل.

دور الأسرة في علاج الطفل: مهما قام الطاقم العلاجي من جهد وتخطيط فإن العملية العلاجية والتدريبية لن تنجح بدون مشاركة أسرة الطفل في التخطيط والتنفيذ، فعليها العبء الأكبر في ذلك، ولكن للأسف فإن ما نراه في عالمنا العربي من تباعد وعدم إيجابية في العمل والتعاون بين المهنيين المتخصصين وعائلة الطفل يؤدي إلى ضعف النتائج، وكلمة المجموعة تعنى أن عمل كل فرد يكمل ويقوي عمل الآخ، وباللغة الإنجليزية "TEAM" تعني Together Each Achieve More، هذا الضعف وقلة التعاون قد يكون غير إرادي ومسبباته من الطرفين، ومن تلك الأسباب:

1. **أسباب من طرف الوالدين:**

- الوالدين ينظرون إلى المتخصص على أنه يعلم كل شيء عن حالة طفلهم
- يشعر الوالدين أن معرفتهما عن حالة الطفل محدودة
- قد يشعر الوالدين أن الخدمات التي تقدم ليست فاعلة
- زيادة حجم التوقعات عن النتائج لنقص المعلومات
- نقص الوعي عن الحالة نتيجة قلة القراءة والبحث ونقص المراجع والكتب المتخصصة باللغة العربية
- نقص الدعم الإجتماعي

2. **أسباب من طرف الطاقم العلاجي:**

- عدم المقدرة على إيصال المعلومة
- إختلاف اللهجات والمفاهيم بين المتخصص والوالدين
- عدم إعطاء الفرصة للوالدين لإبداء الرأي والنقاش
- زيادة ضغط العمل والإجهاد
- العمل كموظف لإنهاء عدد من الحالات
- الإحباط من محاولات سابقة أو مع مرضى آخرين
- نقص التعليم المستمر كما قلة القراءة والإطلاع

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

كيفية بناء العلاقة الفعّالة بين المعالج والعائلة؟ بناء علاقة قوية وفاعلة من مسئوليات الطاقم العلاجي، وكل فرد منهم مسئول مسئولية كاملة، ولبناء تلك العلاقة لا بد من التركيز على النقاط التالية:

- إن إعاقة الطفل هي مشكلة الأسرة
- لكل أسرة مستوى ثقافي وتعليمي يختلف عن الأخرى
- لكل أسرة خصائصها وحاجاتها وقدراتها
- يجب على المعالج التفهم والصبر
- يجب استخدام اللغة والمفاهيم التي يفهمها الوالدين
- إعطاء الأسرة الفكرة الكاملة عن الخطة العلاجية ودورها والنتائج المرجوة
- يجب معرفة العقبات من وجهة نظر الوالدين وليس من وجهة نظر المعالج
- يجب التعرف على هموم ومشاكل الأسرة ومحاولة حلها
- يجب علينا أن نتذكر أن الأسرة لديها مسئوليات أخرى
- لا تطلب من الأسرة تادية أعمال لا يستطيعون عملها

كيفية تدريب الوالدين؟

تدريب وعلاج الطفل عملية متواصلة في المركز والمنزل، عملية مستمرة بخطوات متتابعة، بعض تلك التدريبات لبناء مكتسبات جديدة، والبعض لمنع حدوث ظواهر غير مرغوب فيها، والنتائج قد تكون بطيئة وغير ظاهرة مما يؤدي إلى الشعور بالإحباط لدى الوالدين، ولجعل التدريب مقبولاً وسهلاً لكي يقومون به وللحفاظ على استمراريته، علينا أتباع الخطوات التالية :

- التخطيط لبرنامج التدريب من خلال تحديد الأهداف التي سيحاول البرنامج تحقيقها
- إشراك الوالدين في تحديد نشاطات البرنامج وأهدافه
- التركيز على البرامج التي لها علاقة مباشرة بحاجاتهما
- تهيئة الظروف المشجعة لاستمرارية مشاركة الوالدين كتحديد الوقت الملائم لهم للزيارة
- التعبير عن الاهتمام بالطفل والتقدير لما يقومون به من جهد (التحفيز)
- تقييم البرنامج ونجاحه في فترات منتظمة، وتحديد الطرق اللازمة لتطويره
- وضع الحلول للمشكلات التي تواجه الوالدين عند التطبيق
- يجب أن نتذكر أن الابتسامة والمقابلة الجيدة تعنى الكثير للوالدين

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ثالثا: إدماج الأطفال ذوي الشلل الدماغي مع العاديين:

مواجهة الصعوبات الفكرية والحركية لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي:

يحتاج المصابون بالشلل الدماغي كغيرهم من الأطفال إلى التدريب والتعليم وذلك من خلال برنامج تربوي دقيق مدروس لتأمين احتياجاتهم، ولمواجهة الصعوبات الفكرية والحركية لديهم، لتمكنهم من الوصول إلى أقصى قدراتهم الفكرية والجسمية، ولرفع الحصيلة التعليمية والتدريبية بوجه عام.

التعليم الخاص:

التعليم الخاص هو مجموعة من البرامج التربوية المتخصصة التي تقدم لفئة معينة من الأفراد الذين يختلفون عن الأفراد العاديين في نموهم العقلي، الحسي، الانفعالي، الحركي، اللغوي، أو أكثر من واحد منهم مجتمعة، مما يستدعي اهتماما خاصاً بهم من قبل المربين، وذلك من أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن لتحقيق ذاتهم ومساعدتهم على التكيف مع المجتمع.

برامج الدمج:

الدمج هو تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في البيئة التربوية العادية إلى الحد الأقصى الذي تسمح بها قدراتهم، وهناك اتفاق عام بين التربويين وأخصائي علم نفس الأطفال على أهمية اختلاط المعاق والمتخلف فكرياً وحركياً مع الأطفال الأسوياء، لما يكسبهم ذلك من ترابط مع المجتمع من حولهم

الدمج أم المدارس المتخصصة:

الدمج لا يعني أن جميع هؤلاء الأطفال يمكن أن يلتحقوا بالمدارس العادية، في وجود فصول خاصة بهم، ولكن مع وجود أعداد متزايدة مع ندرة المتخصصين وزيادة أنواع الإعاقات، فهناك آخرون يفضلون المعاهد المتخصصة.

البدائل التربوية؟

لاختلاف وتنوع مظاهر التخلف الحركي والفكري في الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، فهناك المصابين بدرجات خفيفة وأخرى متنوعة، لذلك فإن هناك العديد من البدائل معتمدة على درجة ونوع الإصابة، وهي :

- الفصول العادية
- الفصول العادية مع خدمات خاصة (صعوبات التعلم)
- الفصول العادية دوام جزئي لبعض المواد والنشاطات

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- فصول خاصة
- معهد أو مؤسسة خاصة

الإمكانيات المتاحة للتعليم والتدريب

يمكن تقسيم المصابين بالشلل الدماغي إلى مجموعات حسب نوع إعاقتهم، مع العلم أن مناهج الدمج قد بدأت تأخذ طريقها في الكثير من البلاد، ولتبسيطها يمكن تقسيمهم إلى :

- صعوبات حركية + نقص متوسط في الذكاء ---- مدرسة عادية + علاج طبيعي
- إعاقة بسيطة + تخلف فكري شديد ----- تعليم خاص (متخلفين فكرياً)
- إعاقة حركية شديدة + ذكاء عادي -- مدرسة خاصة + علاج طبيعي + علاج نفسي
- إعاقة حركية شديدة + تخلف فكري شديد ----- مؤسسة علاجية
- مشاكل في السمع والنطق + ذكاء عادي ----- تعليم خاص (صم وبكم)

مناهج وطرق تدريس المصابين بالشلل الدماغي

تختلف مناهج وطرق التدريس عن الأسوياء، ففي الأطفال العاديين يوضع منهج عام مشترك لكل مرحلة عمرية، ولكن المعاقين فكرياً وحركياً قد يأخذون ما يسمى بالمنهاج الفردي (منهج فردي ويدرس بشكل فردي) ، ولكن هناك أسلوب المجموعات التربوي، وتحتوي برامج المصابين بالشلل الدماغي على عدد من المهارات التعليمية والسلوكية والحركية، معتمدة على نوع ودرجة الإعاقة، ومنها :

- المهارات الاستقلالية (الحياة اليومية والعناية الذاتية)
- المهارات الحركية (الحركة العامة والدقيقة)
- المهارات اللغوية (اللغة الاستقبالية والتعبيرية)
- المهارات الأكاديمية (القراءة، الكتابة، الحساب)
- المهارات المهنية
- المهارات الاجتماعية

التطوير المبكر لجهاز الكلام

تدريبات جهاز الكلام:

تتم عملية الكلام بتحريك العضلات، لذلك فإن فهمك للعضلات التي يستطيع طفلك تحريكها والتي لا يستطيع تحريكها وهو جزء مهم من تهيئة طفلك للتكلم.

تساعد التمارين التالية طفلك على كسب السيطرة على شفتيه ولسانه وفكه وتنفسه وهذه ليست كل المهارات التي يحتاجها لكي يتكلم انما قد يحتاج الى كثير من المهارات .

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

لابد من عرض الطفل على اخصائي علاج امراض التخاطب لتحديد احتياجات الطفل.

اللسان:

إن حركات اللسان ضرورية جداً لإصدار أغلب الأصوات المستعملة في الكلام.

أ. إخراج اللسان :

- ضعي قطعة من الحلوى على أو أمام شفتي طفلك ليحول اخراج لسانة للعق الحلوى.
- غطي شفته السفلي بالمربي أو بالعسل.
- ضعي قطعة من الشوكولاته أو الكيك أو البسكويت بين فكه السفلي وشفته السفلي.

ب. سحب اللسان إلى الداخل:

- ضعي قطعة من الشوكولاته أو الكيك في أعلى نهاية لسان الطفل.
- المسي رأس لسانه بإصبعك.

ج. تحريك اللسان من جنب إلى آخر:

- ضعي قطعة من الحلوى أو المربى أو العسل على حواف لسانه.
- ضعي قليلاً من العسل داخل فمه ولكن خارج الأسنان.
- اضغطي بإصبعك على خده (من الخارج) بلطف ليدفع لسانه نحو إصبعك.

د. رفع مؤخرة اللسان:

- اسقطي قطعة صغيرة من البسكويت على مؤخرة اللسان.

ه. رفع رأس اللسان:

- ضعي قليلاً من المربي على حافة اللثة خلف الأسنان العليا.
- ضعي قطعة سكر أو أي شيء حلو قرب شفته العليا.
- ضعي قطعة من البسكويت على أعلى اللسان.
- امسحي شفته العليا بقليل من المربي (وامسكي فكه وشفته السفلي برفق بحيث لا يستطيع إغلاق فمه).

الشفاة:

إن حركات الشفاة مهمة أيضا في عملية إصدار الأصوات للكلام، وهذه هي بعض التمرينات المهمة في تطور استعمال الشفاه.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

أ. إغلاق الشفاه :

- أغلقي شفاه الطفل مستعملة السبابة والإبهام.
- ضعي قطعة صغيرة من الورق بين شفتي الطفل. ثم اجعليه يحاول أن يحمل الورقة بين شفتيه.
- امسحي كلتا شفتيه بالمربي وذلك لتشجيعه على حك شفتيه ببعضها.

ب. تدوير الشفاه :

- ضعي مكعب من قماش في فم الطفل وعلمية كيف يلف شفتيه حوله
- علمية كيف يلف شفتيه حول قشة موضوعة في فمه (بعد أن يتمكن من لف شفتيه حول المكعب).

ج. رفع الشفة السفلي :

- ضعي قطعة صغيرة من البسكويت في الفراغ في الشفة السفلى.
- ضعي إصبعك في الفراغ بين الأسنان السفلي والشفة السفلي واسحبي الشفة إلى الخارج بلطف.

د. إسدال الشفة العليا :

- ضعي قطعة من البسكويت في الفراغ بين الأسنان العليا والشفة العليا.
- ضعي إصبعك في الفراغ بين الأسنان العليا والشفة واسحبي الشفة إلى الخارج بلطف.

ه. تحريك الشفاه جانبياً :

- شجعي طفلك على الابتسام ربما احتجت إلى مدة بالمساعدة وذلك بدفع شفتيه للابتسام.

الفك:

- إن فتح وإغلاق الفم هو جزء مهم جدا من عملية الكلام.
- فتح وإغلاق الفم: ألعب مع الطفل وشجعه على فتح وإغلاق فمه وذلك بحمله على تقليدك.

ملاحظة: بعد القيام بكل التمارين المذكورة أعلاه، ضع الطفل أمام المرآة بحيث يتمكن من مراقبة ما يفعله بلسانه وشفتيه وفكه فربما استطاع بعد أن يراقب نفسه وهو يقوم بهذه التمارين أن يكرر بعضها دون استعمال الطعام. فمثلاً قد يستطيع أن يدلي بلسانه كي يلعق الحلوي بعد أن راقب نفسه (في المرآة).

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

من الأفضل بدء التمارين مع استعمال الطعام لأن ذلك يجعلها أسهل مما إذا كانت بدون وجود الطعام.

التنفس:

حتى يتمكن الطفل من الكلام يجب أن يكون قادرا على التقاط أنفاسه بسرعة وإطلاقها بينما هو يقول كلمة أو أكثر. إذا تنفس الطفل بسرعة أو بطريقة غير منتظمة سوف يجد صعوبة في إصدار صوت يكفي لقول كلمة أو عدة كلمات إليك عدة تمارين تساعد على تحسين التنفس العادي.

أ. **وضعية الجلوس:**

- ضعي الطفل على كرسي مقعده مستقيم بحيث يكون رأسه للأعلى وأكتافه للخلف وبهذا تكون العضلات قابلة للتحرك والعمل. إن الجلوس بشكل مستقيم إلى الأعلى يساعد في تحسين عملية التنفس بينما يمنع الجلوس بحالة الاسترخاء ذلك.
- ضعي الطفل مستلقيا على معدته وضعي يديك على الحافة السفلية من ضلوعه عندها سيحاول الطفل دفع ضلوعه على يديك وهو يتنفس.

ب. **حثي الطفل على أن يتنفس بعمق** وأن يطلق الزفير ببطء فقد يجد متعة في للعب في اللعب (التصفير، إطلاق صوت كالنفير) أثناء ممارسة التمارين تلك.

ج. **إصدار الأصوات:**

- حث الطفل على أن يتنفس بعمق وعلى يصدار صوت مثل (آه) أثناء عملية الزفير.
- الغناء طريقة جيدة تساعدين فيها طفلك على تعلم إصدار الأصوات الطويلة.

تهيئة البيئة المحيطة لعملية الدمج:

البيئة التي يعيش فيها الطفل هي المنزل والمدرسة والأسواق والأماكن الترفيهية، والطفل المعاق حركياً وفكرياً لا يستطيع التغلب على الكثير من الصعوبات التي تواجهه أو تواجه من يعتني به، مما يؤدي إلى أحباطات تؤثر على الطفل وعائلته، والقوانين في أغلب الدول في نصوصها نقاط رئيسة لتسهيل تحرك الطفل المعاق وإيجاد التسهيلات اللازمة له في الأماكن العامة والخاصة.

المنزل:

التغييرات الواجب اتخاذها في المنزل تعتمد على نوعية ودرجة أعاقه الطفل، و نوعية المنزل وترتيبه، ويمكن الاسترشاد بتوجيهات الاخصائي الوظيفي والطبيعي في معرفة احتياجات الطفل، وإزالة العوائق الموجودة، وتلك قد لا تكون تكلفتها عالية، وهناك نقاط رئيسة منها :

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- أن يكون الباب واسعاً لدخول الكرسي المتحرك
- أيجاد سطح مائل أمام المنزل لتسهيل تحرك الكرسي
- تجنب وجود ارتفاعات متفاوتة في المنزل
- تأكد أن الغرفة واسعة تسمح بتحرك الطفل بكرسيه
- أن تكون الرفوف والأدراج منخفظة يمكنه الوصول لها
- أن يكون السرير بارتفاع الكرسي
- أن تكون دورة المياه واسعة وبها مقابض للمساعدة

المدرسة :

تختلف درجة إعاقة الطفل، وقد يكون في مدرسة عادية في فصول عادية أو فصول خاصة، ولحاجات الطفل الخاصة يجب أن تتوفر هناك العديد من الخدمات ولو كان عدد هؤلاء الأطفال قليل، ومنها:

- أن تكون الأبواب واسعة لدخول الكرسي المتحرك
- أيجاد سطح مائل لتسهيل تحرك الكرسي
- أن تكون دورة المياه واسعة وبها مقابض للمساعدة
- أن تكون الغرف واسعة تسمح بتحرك الطفل بكرسيه
- تكون طاولات الدراسة والأكل ملائمة للطفل مع كرسيه
- تكون السبورة منخفضة

الأسواق :

الطفل المعاق حركيا من حقه زيارة الأسواق مع عائلته أو بمفرده، والتشريعات تنص على ذلك، وهنا يجب على أصحاب الأسواق عدم إهمالهم، وإيجاد بعض التسهيلات مثل:

- أن تكون الأبواب واسعة لدخول الكرسي المتحرك
- أيجاد سطح مائل لتسهيل تحرك الكرسي
- أن يكون فيها دورة مياه واسعة وبها مقابض للمساعدة
- مواقف خاصة للمعاقين مع وجود الإشارة الدالة على ذلك

المراكز الترفيهية والمتنزهات :

الطفل المصاب بالشلل الدماغي بدرجاته له الحق في الحياة والاستمتاع بها، ووجود تسهيلات معينة تريح الطفل وعائلته ومنها:

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- أن تكون الأبواب واسعة لدخول الكرسي المتحرك
- أيجاد سطح مائل لتسهيل تحرك الكرسي
- أن يكون فيها دورة مياه واسعة وبها مقابض للمساعدة
- مواقف خاصة للمعاقين مع وجود الإشارة الدالة على ذلك

المستشفيات والمراكز الصحية :

من بديهيات الخدمة الصحية هي وجود التسهيلات الملائمة للمعاقين، ومنها:

- أن تكون الأبواب واسعة لدخول الكرسي المتحرك
- أيجاد سطح مائل لتسهيل تحرك الكرسي
- أن يكون فيها دورة مياه واسعة وبها مقابض للمساعدة
- وجود مصاعد في المباني ذات الأدوار المتعددة
- مواقف خاصة للمعاقين مع وجود الإشارة الدالة على ذلك

فن التعامل مع الأطفال المعاقين حركياً المدمجين مع أقرانهم العاديين:

يؤدى التفاعل الاجتماعي الى تزويد الطفل بخبرات تعليمية تساعده على تعلم المهارات الاجتماعية وتعلم المهارات اللغوية والحركية وطرق التعبير عن المشاعر والعواطف وتعرفه بالقيم الأخلاقية. ويلعب هذا التفاعل دوراً كبيراً في عملية النمو الاجتماعي لدى كل من الأطفال العاديين والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. فمن منا لا يحتاج إلى تواصل وتفاعل اجتماعي مهما اختلف مستواه التعليمي أو الاجتماعي أو حتى قدراته العقلية والجسدية النفسية؟

وكأي فرد من أفراد المجتمع يحتاج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لتفاعل الاجتماعي والذي يكسبهم ثقة وأمان.وهذا لايعني أن هذه الفئة من الأطفال تحتاج لحنان خاص لأنها تشعر بكل شيء من حولها توقف وظيفة أحد أعضائهم. وقد يخطئ بعض الناس باحساسهم بالشفقة على هذه الفئة فلا يفرقون بين شفقة وعطف.

فالطفل المعاق لا يحتاج لشفقة بقدر ما يحتاج لعطف وحنان. والقاعدة الاهم والاعم في التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة هي التعامل الفردي (أي أن تعامله باستقلالية وتشعره باهتمام وانتباه خاص) حيث أن إحساس الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة بنفسه يأتي من خلال معاملتك له. فإن أحسسته أنه شخص طيب وأحسسته بمحبتك فإنه سيكون فكرة عن نفسه بانه كذلك، وأنه ذو شأن في هذه الحياة. أما إن أحسسته بأنه ليس محببا وأنه شيء غريب فإنه سينشأ على ذلك ويكون فكرة سلبية عن نفسه.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وللتواصل الاجتماعي فنون لا تقتصر على طبقة معينة من الناس. فهنالك أيضاً إيتيكيت للتعامل مع أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. فقد يصدف أن تلتقي بهذه الفئة في مكان عام أو في الطرقات أو حتى تكون مستضيفاً لهم في بيتك.

فما هي أصول التعامل مع الأطفال في المواقف والمناسبات الاجتماعية؟

اولاً: ما يتوجب عمله عند التقائك أو استقبالك لطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة.:

1. حاول ان تبادر التعارف وخاصة اذا كان الطفل يستجيب للمس الجسمي بحيث تعانقه بدفء او كمد يديك لطمأنته واكسابه شعورا بالامن.
2. إسأل الطفل عن اسمه بنبرة هادئة محافظاً على ابتسامتك. فإن كان لا يعرف اسمه انتظر الرد من المرافق له. وبعد أن تعرف اسمه حييه باسمه بصوت هادئ
3. ان كان لديك اطفال اطلب منهم ان يبادروا كما فعلت وذلك لكسر الخوف والغربة في نفس المعاق وأعماقه. كما وعليك تشجيع الأطفال الموجودين على اللعب معه كي لا يضجر الطفل ويضوج.
4. ان الصوت والكلمات المستخدمة جزء لا يتجزأ من عملية التواصل فنبرة الصوت الهادئة وسرعة الكلام البطيئة من شأنها ان تزرع الأمن والثقة وتزيد من تفاعل الطفل ذو الاحتياجات الخاصة.
5. لا تنسى التواصل الجسدي مع هذه الفئة فالحناء الجسم للامام والذي يرافقه التواصل البصري يعبر عن الاهتمام ويوحي للطفل بان ما يقوله مهم مما يدعم ويعزز مشاركة الطفل في عملية التواصل.
6. قد يسيء هؤلاء الاطفال تفسير المواقف الاجتماعية وقد يستجيبون لها بطريقة غير ملائمة حيث يكون النمو الاجتماعي لتلك الفئة ضعيفاً ويظهر ذلك في المواقف الاجتماعية، فعلى من يتعامل معهم ان يحاول تفهم ذلك وتداركه بشدهم للمشاركة وخاصة ان كانوا يحاولون التنحي والانسحاب، فهم بحاجة ماسة للتشجيع على الدمج.
7. من المهم مكافأة أو تعزيز هؤلاء الأطفال لتشجيع التواصل والاتصال لديهم.

ثانياً: عند محاولة الحديث والمشاركة مع هذه الفئات في المواقف الاجتماعية المختلفة، وعند محاولة الطفل التعبير عن ذاته يجب الأخذ بعين الاعتبار النقاط التالية:

- إذا أتاك طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة محدثاً فعليك الاستماع إليه وعدم استعجاله بالكلام. فقد يتأفف البعض ويحاول الاستعجال بحجة عدم فهمهم لما يتكلم

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الطفل. فمن اللائق في هذا الحال إعطاء الطفل فرصة للتعبير عما يجول في قرارته والتنفيس عما في داخله حتى لو كان بالأصوات. فعندما يتواصل الطفل ذو الاحتياجات الخاصة مع أي كان فهو يحاول جاهداً أن يقول لك ما يشعر به، بل ولربما يريد أن يعبر لك عن مدى سعادته. لذلك علينا محاولة فهم ما يقول ومساعدته في التعبير عن نفسه حتى لو استدعى الأمر الاستعانة بمن يساعدنا على فهم أقواله في ذاك الموقف.

- أشعره باهتمامك فيما يقول: أعط الطفل اهتمامك وأصغ اليه حتى لو لم تفهم كل ما يخبرك به. وإياك أن تشعره باللامبالاة فيما يقول أو أنك غير مكترث. فإن حسن استماعك للطفل وعدم مقاطعتك لتعبيراته تشجعه على تطوير مهارة التعبير عن الذات والإنتاج اللفظي.
- تعديل السلوك: إن أخطأ الطفل ذو الاحتياجات الخاصة إياك وأن تعاقبه بقسوة جارحة ولا أن تفرط في دلاله بتجاوزك لأخطائه. فالقسوة الجارحة ستتبعها نظرات شفقة تشعره بالحزن والانتقاص وخاصة إن حصل هذا أمام الناس. كما ويجب عدم تجاوز الأخطاء إن صدرت في مواقف معينة، بل كأي طفل سوي علينا تعديل سلوكه بالعقاب إن أخطأ وتعزيزه بالثواب إن أصاب. ولا يكون العقاب أمام جمع من الناس إلا عقاباً لفظياً لا يجرح. فالهدف من العقاب تنبيهه لعدم قبول السلوك الخاطئ. بذلك يتنبه الطفل لأخطائه فيتجنبها ويشعر بالمراقبة المستمرة والتي من شأنها تعويد الطفل على السيطرة على أخطاءه وتجنبها. ومن جهة أخرى إن أخطأ الطفل فلا يجب أن نحل مشاكله بعزله عن العالم لإراحة نفسنا، بل علينا أن ندفعه للتواصل الاجتماعي ودمجه مع الآخرين. فإن من أهم الجوانب التي يجب أن نركز عليها ونأخذها بمحمل الجد هي الجوانب الاجتماعية والتواصلية للطفل المعاق.
- ومن هنا يجب أن نتذكر دوماً أن طفلنا يحتاج لعطفنا واهتمامنا. والعطف والاهتمام لا يعني أبداً الإفراط في دلاله وتجاوز أخطائه، بل اهتمامنا ينعكس في تنشئتنا له وتقويته للاندماج في المجتمع وهذه أبسط حقوقه. فعلينا جاهدين أن نجنب أبناءنا المعاقين الانسحاب اجتماعيا لان حاجاتهم النفسية بنفس المستوى من الأهمية لحاجات الأفراد الآخرين. ويجب أن نراعي أنه من اقل حقوق الطفل ذو الاحتياجات الخاصة هو السماح له بالتفاعلات الروتينية لإعطائه الفرصة بالشعور بالأمن والثقة. وهذا كله يعتمد على من يتعامل مع الأطفال. فالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مثلهم كمثل الطبقات الأخرى والناس عامة، لهم كما لغيرهم ايتيكيت وفن في التعامل. فالذوق

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الرفيع لا ينحصر مع فئة معينة من الناس، بل هو طبيعة في الشخص تنبع منه وتعكس نجاحه في حياته ومع من حوله. آملين التعاون والاندماج مع هذه الفئات وإعطائها أبسط حقوقها في الحياة والتفاعل مع الناس

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الباب الثالث

الدمج التربوي للأطفال المعاقين ذهنيًا مع أقرانهم العاديين

الفصل السادس : مدخل إلى الإعاقة الذهنية

الفصل السابع: متطلبات دمج المعاقين ذهنيًا مع أقرانهم العاديين

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الباب الثالث

دمج الأطفال المعاقين ذهنيًا مع أقرانهم العاديين

الفصل السادس

مدخل إلى الإعاقة الذهنية

مقدمة:

بعد مرور عدة عقود من التعليم الذي يقوم على العزل والمؤسسات المنفصلة المخصصة للأطفال المصابين بإعاقات خطيرة، أصبحت معظم البلدان المتقدمة تمر اليوم بمرحلة انتقال من نظام العزل في التعليم والرعاية إلى نظام الدمج الكامل كلما أمكن ذلك. ومع التسليم بأن هناك فروقاً فردية، قد تكون مبرراً قوياً لعزل الأطفال المعاقين عقلياً في مدارس خاصة، فإن هذا لا يتناقض مع سياسة دمج هؤلاء الأطفال في المدارس العادية، لأن الهدف من الدمج أساساً هو العمل على تقليل هذه الفروق، ومن ثم فهناك ضرورة لإجراء الدمج من أجل تحقيق التقدم للأشخاص المعاقين عقلياً، هذا التقدم المرغوب فيه هو في الواقع مازال محدوداً بسبب عدم إتاحة النظام المدرسي العادي الفرصة للأطفال المعاقين عقلياً كي يتحدوا الإعاقة، فهؤلاء الأطفال يستبعدون دوماً من المدرسة العادية لكونها لا تناسبهم وتفشل في تلبية حاجاتهم، وهذا لا يعد فشلاً للطفل المعاق بقدر ما هو فشل للمدرسة.

وإذا ما رغبنا في تحقيق تقدم حقيقي للأطفال المعاقين فلابد أولا أن نعترف بهذا الفشل ونسجله، وأن نعمل من خلال سياسة الدمج على إعادة تنظيم المدارس بهدف إنشاء مدرسة عامة توفر مختلف أشكال التعليم التي تتلاءم مع القدرات المتباينة والاحتياجات الخاصة لأفراد المجتمع داخل نظام تعليمي واحد ملائم.

إن الخدمات التعليمية المخصصة للأطفال المعوقين عقلياً في حالة تغير وتقلب في غالبية بلاد العالم، وفي العديد من مناطق أوروبا وأمريكا الشمالية وجنوب المحيط الهادي أصبح التعليم المنفصل للمعوقين وغير المعوقين موضع شك، وهناك محاولات لتلبية الحاجات الخاصة في المدارس العادية حيث يتم في الوقت الراهن في العديد من دول العالم وخاصة المتقدمة دمج الأطفال المصابين بإعاقات خطيرة من الناحيتين الجغرافية والتربوية في صفوف المدارس العادية كلما أمكن ذلك، وحتى في حالة التلاميذ المصابين بإعاقات خطيرة تحول دون الدمج الكامل وتحتم في نفس الوقت أن يتم تعليمهم في صفوف مستقلة فإنه يتم توفير صفوف مستقلة داخل

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

المدرسة العادية، بحيث يقترن ذلك باتصالات منظمة ومخططة مع أقرانهم غير المعاقين، وذلك من منطلق أن المصلحة التربوية للأطفال يجب أن تكون لها الأولوية على المتاعب الإدارية الناجمة عن القرارات المتعلقة بنظام الخدمة داخل المدارس العادية.

ولنجاح سياسة دمج المعاقين عقلياً مع العاديين يجب مراعاة ما يلي:

أ. إعداد وتدريب المدرسين المهرة: يجب العمل على تدريب المعلمين العاديين على العمل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وينبغي توجيه برامج التدريب بحيث تناسب الاتجاهات الموجودة في توفير التربية، أو بالنظر إلى التربية المتكاملة والتأهيل في إطار المجتمع، ولعل من أهم ملامح هذا الإعداد والتدريب للمدرسين يتلخص فيما يلي:

1. تدريب المدرسين الأكفاء يعد أحد المفاتيح لنجاح البرنامج التعليمي الموجه للأشخاص شديد ومتعددي الإعاقة، ومازالت هناك أمور كثيرة لم تكتمل بعد وتحتاج إلى نقل الخبرات من الدول المتقدمة إلى الدول النامية.
2. من الضروري أن يأخذ المدرسين في اعتبارهم مفهوم الحاجات التعليمية الخاصة أو النوعية للأطفال والمراهقين من المعاقين الذين يتم دمجهم في المدارس العادية، وأن يعمل المدرسون على تبين الفروق الفردية بين التلاميذ، ليس ببساطة كي نتقبل التباين بينهم، ولكن بهدف حشد أفضل الوسائل الممكنة للتعامل معهم، ولكي نبتكر طرقا لدمجهم بعيداً عن عزلتهم.
3. تشجيع برامج التدريب المفتوحة التي تعد المعلمين للتعامل مع الأطفال المصابين بأنواع مختلفة من الإعاقة، كما ينبغي التشجيع على توفير إمكانية التخصص للمعلمين في مجال واحد أو اكثر من المجالات المحددة للإعاقة.
4. أن تتضمن البرامج التدريبية لمدرسي المعاقين تدريباً نفسياً بهدف تنمية اتجاهات صحيحة نحو الأشخاص المعاقين، وتحقيق فهم أفضل للعجز والإعاقة بشكل عام.

المقصود بالإعاقة الذهنية:

يدخل الشخص ضمن فئة الإعاقة الذهنية عندما تتوفر المعايير الثلاثة التالية:

1. حينما يقل مستوى الأداء العقلي (معدل الذكاء) عن 70-75.
2. عند وجود صعوبات واضحة في مهارات التكيف.
3. تحديث هذه الإعاقة منذ الطفولة (وهي تعرف بأنها ما دون سن الثامنة عشر).

مهارات التكيف Adaptive skills اللازمة للحياة اليومية:

مهارات التكيف هي مهارات الحياة اليومية التي نحتاجها حتى نحيا، ونعمل، ونلعب ضمن مجتمعنا، وهي تشمل مهارات التواصل، العناية بالنفس (مثل النظافة)، المعيشة المنزلية،

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

أوقات الفراغ، الصحة والأمان، توجيه النفس، والمهارات الأكاديمية الوظيفية (القراءة، الكتابة، وأساسيات الحساب)، وكذلك مهارات العمل والعيش مع المجتمع.

ويتم تقييم مهارات التكيف عبر تقييم الشخص في بيئته المعتادة وعبر جميع أوجه الحياة وقد لا يتم تشخيص الفرد ذي القدرة الذكائية المحدودة على أنه معاق ذهنياً حينما لا يظهر صعوبات في مهارات التكيف.

نسبة الإصابة بالإعاقة الذهنية:

تشير الدراسات التي تمت في الثمانينيات أن نسبة المصابين بالإعاقة الذهنية تتراوح بين 2.5-3٪ من إجمالي السكان وبذلك يكون معدل انتشار الإعاقة العقلية 10 أضعاف انتشار الشلل الدماغي، ولا ترتبط الإعاقة العقلية بعوامل عرقية، أو وراثية، أو تعليمية، أو اجتماعية، أو اقتصادية. حيث يمكن أن يحدث في أية عائلة.

كيف تؤثر الإعاقة العقلية في الأشخاص؟

تختلف تأثيرات الإعاقة العقلية على الأشخاص المصابين بها، حيث تبلغ نسبة المتأثرين بدرجة خفيفة 87٪ حيث سيظهروا تخلفا بسيطا عند تعلم مهارات ومعلومات جديدة، وفي مرحلة الطفولة المبكرة، لا تظهر الإعاقة العقلية عند هؤلاء بشكل واضح، وقد لا يتم التعرف عليهاحتى يدخلوا المدرسة، وكأشخاص بالغين، قد يصبح هؤلاء قادرين على العيش بطريقة مستقلة في مجتمعه، ولن ينظر إليهم كأشخاص ذوي إعاقة عقلية.

أما الـ13٪ المتبقية من الأشخاص المصابين بالإعاقة العقلية، وهم الذين يبلغ معدل الذكاء لديهم أقل من 50 فإنهم سيواجهون تحديات وصعوبات كبيرة، ولكن مع استخدام التدخل المبكر، والتعليم الذي يركز على المهارات الوظيفية العملية، ومع تقديم الدعم لهم عند الكبر، سيتمكنوا من العيش بصورة مرضية في مجتمعاتهم.

تشخيص الإعاقة الذهنية:

تتكون عملية تشخيص وتحديد الإعاقة الذهنية حسب الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية AAMR من ثلاث خطوات، كما تشتمل على وصف لأنظمة الدعم التي يحتاجها الشخص من أجل التغلب على مشكلات مهارات التكيف.

والخطوة الأولى من خطوات التشخيص هي أن يقوم شخص مؤهل بعمل اختبار أو أكثر من اختبارات الذكاء القياسية، وكذلك يتم اختبار مهارات التكيف باستخدام أحد الاختبارات القياسية.

والخطوة الثانية تشمل القيام بوصف مواطن القوة والضعف في الشخص من ناحية الأمور الأربعة التالية:

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

مهارات الذكاء، ومهارات التكيف:

- الاعتبارات النفسية/ والعاطفية.
- الاعتبارات البدنية/ الصحية/ والمتعلقة بأسباب الإعاقة.
- الاعتبارات المتعلقة بالبيئة المحيطة.

ويمكن تحديد نقاط القوة والضعف من خلال الاختبارات الرسمية، والملاحظة، ومقابلة أفراد الأسرة أو الأشخاص المهمين في حياة الطفل (المدرسين مثلاً)، ومقابلة الطفل والتحدث إليه، مشاركته في أنشطته اليومية، أو من خلال المزج بين هذه الطرق جميعاً.

أما الخطوة الثالثة فتتطلب وجود فريق عمل من عدة تخصصات لتحديد ماهية الدعم المطلوب في المجالات الأربع المذكورة أعلاه، حيث يتم تحديد كل دعم مطلوب ودرجة هذا الدعم: إما بصورة متقطعة، أو محدودة، أو طويلة، أو بصورة دائمة ومنتشرة.

فالدعم المنقطع هو عبارة عن دعم كلما اقتضت الحاجة، مثل الدعم المطلوب من أجل أن يجد الشخص المعاق عمل جديد في حالة فقدان عمله السابق، وقد تكون هناك حاجة إلى الدعم المتقطع من فترة إلى أخرى، وعلى مدى فترات مختلفة من حياة الشخص، ولكن ليس على أساس يومي مستمر.

أما الدعم المحدود فقد يكون لفترة زمنية معينة مثل أن يكون أثناء الانتقال من الدراسة إلى العمل أو أثناء التدريب استعدادا للعمل ويكون هذا الدعم مرتبطا بفترة زمنية محددة وكافية لتوفير الدعم المناسب للشخص.

أما الدعم طويل المدى في ناحية من نواحي الحياة فهو عبارة عن مساعدة يحتاجها الشخص بشكل يومي وغيرمرتبط بوقت محدد. وقد يشمل ذلك مساعدته في المنزل/ أو العمل. وعادة لا يكون والدعم المتقطع، أو المحدود أو طويل المدى في كل نواحي الحياة اليومية للشخص ذي الإعاقة الذهنية.

أما الدعم المنتشر فعبارة عن دعم دائم وفي مجالات متعددة وبيئات مختلفة، وقد يشمل إجراءات متعلقة بتسيير الحياة اليومية لهذا الشخص، ويحتاج الشخص الذي يقع تحت هذه الفئة من الدعم إلى المساعدة بشكل يومي وفي جميع مجالات الحياة.

ما معنى مصطلح العمر العقلي Mental age حينما يستخدم لوصف أداء الشخص؟ يستخدم مصطلح العمر العقلي في اختبارات الذكاء، وهو يعني أن الطفل قد أجاب بصورة صحيحة على أسئلة الاختبار، وحصل على عدد إجابات صحيحة تعادل أداء الشخص المتوسط في تلك الشريحة العمرية. ولذلك فإن القول بأن العمر العقلي للشخص ذي الإعاقة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الذهنية هو مثل العمر العقلي لشخص صغير في السن، أو أنه يمتلك عقلاً أو فهماً كالأطفال الصغار، كل ذلك يعد سوء استخدام أو فهم لهذا المصطلح، فالعمر العقلي لا يشير إلا إلى شيء واحد فقط وهو نتيجة اختبار الذكاء، فهو لا يصف مستوى وطبيعة تجربة الشخص وأدائه في حياته اليومية.

مسببات الإعاقة الذهنية:

هناك عدة مسببات للإعاقة الذهنية، منها ما يؤثر على نمو المخ قبل الولادة، أو أثناء الولادة، أو في فترة الطفولة المبكرة. وقد تم اكتشاف بضعة مئات من مسببات الإعاقة العقلية، ولكن يبقى السبب غير معروف عند ثلث الأشخاص المصابين بالإعاقة العقلية والأسباب الثلاثة الرئيسية للإعاقة العقلية هي: متلازمة داون، ومتلازمة أكس الضعيف (الهش) Fragile X وتعاطي الأم للمشروبات الكحولية ويمكن تصنيف الأسباب بشكل عام إلى المجموعات التالية:

- الحالات الجينية (الوراثية): وهي تحدث بسبب خلل في الجينات المورثة من الوالدين أو عند التقاء جيناتهما أو بسبب اضطرابات أخرى تحدث للجينات خلال مرحلة الحمل بسبب الالتهابات، أو كثرة التعرض للأشعة، وعوامل أخرى. وهناك أكثر من 500 مرض جيني مرتبط بالإعاقة الذهنية مثل: PKU phenylketonuria وهو اضطراب يصيب إحدى الجينات ويعرف باضطراب الأيض الذي يحدث بسبب نقص أو خلل في إحدى الأنزميات. وهناك متلازمة داون التي تعتبر مثالاً على الاضطرابات المتعلقة بالكروموسومات وهناك متلازمة أكس الهش التي تحدث بسبب خلل في كروموسوم أكس، وتعتبر هذه المتلازمة السبب الوراثي الأكثر شيوعاً للإعاقة الذهنية.
- مشكلات أثناء الحمل: مثل استخدام المواد الكحولية، أو المخدرات من قبل الأم الحامل. وقد بينت الدراسات الأخيرة مسئولية التدخين عن زيادة مخاطر الإصابة بالإعاقة العقلية، والعوامل الأخرى التي تزيد من مخاطر الإصابة بالإعاقة الذهنية تشمل: سوء التغذية، بعض الملوثات البيئية، مرض الأم أثناء العمل مثل الإصابة بالحصبة الألمانية ، وبعض المواد السامة كذلك. وكذلك إصابة الأم بمرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز).
- مشكلات تحدث أثناء الوضع: على الرغم من أن أية مشكلات غير طبيعية أثناء العمل يمكن أن تؤثر على مخ الطفل الوليد، فإن عدم اكتمال مدة الحمل، وانخفاض وزن الطفل عند الولادة، يمكن أن ترتبط بمشكلات لاحقة تؤثر في نمو الطفل، ويعتبر هذان السببان شائعان أكثر من غيرهما.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- مشكلات تحدث بعد الوضع: حيث إن أمراض الطفولة مثل السعال الديكي، وجدري الماء، والحصبة، والتهاب السحايا وغيرها يمكن أن تلحق ضرراً كبيراً بالمخ، وكذلك أية حوادث أخرى كتعرض رأس الطفل إلى ضربة قوية، كما أن المواد البيئية السامة كالرصاص، والزئبق يمكن أن تلحق ضرراً كبيراً بالجهاز العصبي للطفل.
- مشكلات الفقر والحرمان الثقافي: فأطفال العائلات الفقيرة قد يتعرضون للإعاقة الذهنية بسبب سوء التغذية، أو تعرضهم للأمراض بسهولة، أو بسبب نقص العناية الصحية الأساسية، أو بسبب المخاطر البيئية كما أن الأطفال الذين يعيشون في المناطق المحرومة يحرمون من الخبرات المعيشية والثقافية اليومية التي يمر بها نظراؤهم في المناطق الأخرى، حيث توضح بعض البحوث أن تلك الظروف يمكن أن تسبب في أضرار دائمة، ويمكن عدها ضمن مسببات الإعاقة الذهنية.

طرق بناء مناهج المعوقين ذهنياً:

بناء مناهج المعوقين عقلياً تحتاج إلى دراية ومعرفة بخصائصهم ومتطلباتهم خاصة وأنهم يختلفون عن بعضهم البعض من كل السمات أي بمعنى أن هناك فروق فردية واضحة فيما بينهم، ونذكر أهم الطرق الأساسية في عملية بناء مناهج المعوقين عقلياً.

أ. طريقة العالم جلاسر:

في عملية بناء مناهج المعوقين عقلياً تكون وفق الآتي:

- قياس مستوى الأداء الحالي وصياغة الأهداف التربوية: السلوك المدخل، الأسلوب التعليمي، قياس وتقويم الأهداف.

ب. طريقة العالم تايلور:

- فهم الظروف التعليمية، أي أنها تستند على: حاجات ومتطلبات المجتمع، حاجات واهتمامات المتعلم.
- تنبثق منها حاجات المنهاج الوظيفي ونظريات التدريس.

ج. طريقة العالم سبيتز:

يرى أن الطفل المعاق عقلياً يعاني من ضعف في استقبال المعلومات لذا يجب علينا كمربين ومعلمين لهذا الطفل أن نعمل على تنظيم المعلومات المقدمة للطفل المعاق بطريقة بسيطة تمكنه من استقبال المعلومات بطريقة سهلة ومناسبة له ولقدراته ويكون ذلك وفق مايلي:

1. **تنبيه الطفل للمهمة المراد تعليمه إياها:** اعتقد أن هذه مهمة جداً للمعلم فقبل أن تلقي المعلومة عليه بشكل مباشر يجب أن تقوم بالدور مثلاً في جانب خدمة الذات (لبس

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الملابس) أنظر سوف نتعلم اليوم كيف نلبس الثوب ويهيئه للمهمة بتوفير المناخ الملائم لتنفيذ المهمة يقول له وقد يعرض عليه بعض الأسئلة: من ألبسك لبسك اليوم أو ملابس جميلة ورائعة حتى نعمق في ذهنه المفردة والمهمة.

2. **انتباه الطفل للمهمة المراد تعلمها:** اعتقد أنه يجب أن تكون الوسيلة التعليمية في المهمة أكثر تشويقاً وجذباً حتى نلفت انتباه الطفل للمراد تعليمه، وكذلك أسلوب المعلم وهذا مهم أيضاً.
3. **استقبال المعلومات:** استقبال المعلومات السمعية والبصرية بطريقة سهلة ومن وجهة نظري أرى عدم تكثيف المعلومات حتى لا يفقد الطفل القدرة على التركيز بل معلومة سريعة وبسيطة جداً تتصاعد من السهل للصعب.
4. **حفظ المعلومات (فترة قصيرة):** أي أن نعمل على أن يحفظ الطفل المعلومة أو المهمة التعليمية التي تلقاها هذا اليوم مع تكرار هذه المعلومة خلال اليوم وغدا وبقية أيام الأسبوع حتى نستطيع أن ننمي قدرات الذاكرة قصيرة المدى.
5. **استدعاء المعلومات:** يجب أن نسأل الطفل بعد إنهاء المهمة في نفس اليوم لاستدعاء المعلومات التي تعملها وفي الغد أيضا حتى نتأكد من فهمه ومعرفته للمعلومة.
6. **حفظ المعلومات (فترة طويلة):** نكرر السؤال على الطفل حتى لو أننا انتهينا من المهمة أي بمعنى التكرار المستمر وهذا ما يؤخذ على بعض معلمي التربية الفكرية هو عدم الاستمرار في المهمة المعطاه للطفل أي يرى أن واجبه اقتصر على يوم واحد أو برنامج زمني معد وانتهى.
7. **استدعاء المعلومات عند الضرورة:** هنا ممكن للمعلم أن يستعيد المهمة التعليمية للتأكد من مدى احتفاظ الطفل بها وقد يكون ذلك لفترات زمنية متباعدة.

لذا يرى العالم سبتز أنه يجب أن تطبق هذه الخطوات بطريقة جيدة ومنظمة وخاصة مع الأطفال المعاقين عقلياً لاسيما وأنهم يعانوا من ضعف في استقبال المعلومات واقترح هذه الطريقة لاستقبال المعلومات.

تصنيف الأشياء وتقديمه للأطفال على شكل مجموعات متشابهة أو متجانسة من خلال الطرق الآتية:

- التشابه في الشكل الخارجي واللون.
- التشابه في الوظيفة بين المثيرات.
- التشابه بين المثيرات.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

برنامج هيلب Help:

النشرة الأولى كانت صدرت في عام 1979 وتم تنقيحها عام 1985.

تحمل كلمة هيلب Help معنى مركب هو Hawai early learning profile:

نموذج هاواي للتعليم المبكر.

لقد تم تأسيس نظام التعليم المبكر في هاواي استجابة للحاجة إلى وجود وسيلة يمكن من خلالها إنجاز التطوير على مراحل بخطوات صغيرة تدريجياً واقتراحات خاصة بالنشاطات لتعليم المهارات التنموية. وقد نشأ هذا المشروع عن المشروع التجريبي وبرنامج التدريب من عام 1971 إلى عام 1979، والمسمى بمشروع انريتشمنت فالأطفال المعاقين الرضع تحت إشراف كلية الصحة العامة بجامعة هاواي، وقد تأسس على يد مكتب التعليم للمعاقين بوزارة الصحة والتعليم والرعاية الصحية (يسمى حالياً مكتب التعليم الخاص – وزارة الصحة والخدمات البشرية).

وقد عمل العاملون مع ما يربو على مائة طفل من الأطفال الرضع من سن الولادة وحتى ثلاثة سنوات، وأسرهم وتولوا عملية تدريب الموظفين العاملين في برامج تعليم الأطفال الرضع وفي المدارس التمهيدية والعاملين في برامج الأطفال المعاقين بولاية هاواي.

وقد تم اختيار قائمة نظام التعليم المبكر هيلب المشابهة للقوائم الأخرى، وتمتاز بنوعيتها الجيدة، حيث تتيح للآباء بأن يعملوا معاً، وهي تعطي صورة شاملة لمستويات الأطفال، وهكذا يمكن للمدرسين التركيز على الاحتياجات التطويرية للأطفال.

ويتكون البرنامج من قوائم لقياس جوانب النمو و دليل للانشطة المستخدمة مع هؤلاء الاطفال وهذه القوائم تسهل عملية الإعداد اعتماداً على قوى الطفل ونواحي الإعاقة وحالته، إن دليل النشاط بما يحتويه من آلاف الأنشطة يتيح عملية الاختيار لتحقيق أهداف التخطيط والتطوير وتحليل المهام.

لقد تم استخدام عدد هائل من المقاييس التطويرية والاختبارات أثناء تطوير قوائم هيلب ودليل النشاط. وقد تم اختيار القوائم ودليل النشاط ميدانياً للأطفال الرضع المعاقين بولاية هاواي.

إضافة إلى ذلك فقد تم استخدام المواد ومراجعتها من قبل البرامج في 35 ولاية وسبعة دول، وقد اخذ من كل منهما المعلومات المطلوبة للمساعدة في تحسين النتائج هذا وينتشر استخدام برنامج هيلب بصورة واسعة في الوقت الحالي في كثير من الدول الأجنبية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وبناء على الفحص الميداني، والمعلومات التي اخذت، تم تحديث القوائم ودليل النشاط لتوفير مهارات تطويرية عادية بصورة شهرية، وذلك في ستة مجالات مختلفة، وقد ساعدت هذه الخطوات الصغيرة، في إفهام الآباء على أن الأطفال يمكنهم العمل على هذا البرنامج.

ارتكزت مراجع الأعمار الخاصة بالمهارات الموجودة في القوائم ودليل النشاط على طبيعة الأبحاث وبيانات المشروع، إلا أنه لم تكن هناك استجابة في البداية.

تمثل مراجع الأعمار تلك حالات تقريبية لأنه لا يوجد توحيد في برنامج Help كما أن لكل طفل حالة خاصة يختلف بها عن الطفل الآخر في قدرته، أو في مهارات محددة وحيث أن كل طفل له حالة خاصة فعلى الآباء أن لا يقلقوا إذا لم يتمكنوا الأبناء من إظهار مقدرتهم بصورة دقيقة ضمن عمر محدد.

إن المهارات الموضحة في القوائم ليست بالضرورة جميعها حساسة بالنسبة لتطور الطفل، وليس بالضرورة فرضياً أن يكون لدى الطفل القدرة على تحقيق جميع المهارات الواردة في القائمة، هذا وقد يهمل العادي بعض المهارات وليس لهذا الإهمال أي تأثير على نموه، هذا وقد يتمكن الطفل من اتمام مهارات ما ليست واردة في القائمة. على الرغم من أنه قد تم إعداد القوائم ودليل النشاط أثناء العمل مع الأطفال المعاقين عقلياً، إلا أن الآباء والمهنيين الآخرين الذين يعملون مع الأطفال العاديين سيجدون أن المهارات والنشاطات مفيدة لأنها ترتكز على التطوير المرحلي.

لقد تم ترتيب القوائم عن طريق وضع المهارات في قوائم وفقاً للعمر التي تبدأ فيه المهارة، وقد تم ترتيب المهارات في خانات تمثل نطاق الأعمار، ولكن هذا لا يعني بأنهم قد أنهوا مستوى عمر معين، هذا وتظل بعض المهارات على مدى حياة الطفل، والبعض الآخر قد تتغير إلى مهارات أكثر تعقيدًا.

جميع البنود في القوائم مرقمة، وتتوافق مع الأرقام في دليل النشاط، وهذه الأرقام لسهولة المراجعة فقط، ولا تعكس أي مرحلة تطوير. لقد وضعت بعض الملاحظات حول بعض البنود، فالملاحظة الأولى تشير إلى وجود معلومات إضافية، ويمكن التعرف على المهارة بالرجوع إلى دليل النشاط.

على سبيل المثال:

المهارات المتعلقة بطريقة التفكير أو السلوك تشير الى متى تستقر المهارة، وهذا الاستقرار هام جداً بالنسبة للتطوير والنشاطات الواردة في دليل النشاط، لذلك يجب أن يتم استخدام القوائم ودليل النشاط مع بعضهما البعض.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

تشير بعض الملاحظات على أنه يجب عدم تدريس المهارات على الرغم من أنها غير مرتبطة بسلوكيات الطفل، وهي تحدث كجزء طبيعي من التطور، وهناك اقتراحات في دليل النشاط لمعالجة تلك السلوكيات التى تم ملاحظتها في القوائم.

يتعلق القسم الثاني من تطوير اللغة بالتعبير اللغوي، فنجد اللغة عبارة عن مجال معقد ليس هناك ضرورة لتحديد أين يجب إدراج البند، فمن الصعب بصفة خاصة فصل اللغة عن المهارات المعرفية خاصة فيما يتعلق باللغة الاستقبالية، ونتيجة لذلك فقد تم إدراج اللغة الاستقبالية كجزء من قسم التطوير المعرفي (القسم الأول) ولهذا فقد وضعت تلك البنود أسفل القسم في القوائم، وقد نجد بعض من بنود المهارات الأخرى الهامة بالنسبة للغة في قسمي الحركة الاجتماعية والمهارات اليومية الخاصة بالعناية ومساعدة الذت وفي المقابل من الصعب فصل الحركة الدقيقة عن المهارات المعرفية، ونتيجة لذلك فقد تم وضع بنود المهارات في الأقسام الأكثر ملائمة حسب الترتيب، وفي قسم تطوير الحركة الكبيرة (القسم الثالث) تم ترك كلمة "وظيفة" في بعض الأحيان لتجنب التكرار.

تم تقسيم دليل النشاط إلى ستة مجالات تطويرية كاستمارات مشروع التعليم المبكر، ويقدم الدليل الأنشطة التي تساعد على تدريس المهارات المدونة في الاستمارات أو في قائمة المراجعة.

وهذه النشاطات جاءت نتيجة للكثير من الاقتراحات المساعدة من الكتب والمراجع الأخرى، ومن البرامج، ومشروع أنرينتشمنت للأطفال الرضع المعاقين والأطفال العاديين، والأهم من ذلك فقد تم اشتقاق كثيراً من الأنشطة من أفكار واقتراحات الموظفين والآباء الذين يعملون للمساعدة في تطوير الطفل.

كما يحتوي الدليل على قوائم أنشطة خاصة بالأطفال المعاقين (ذوي الحاجات الخاصة) الأكبر سناً، وذلك نظرا لأن الأنشطة مكتوبة للمهارات كما هي العادة، فإن تلك المعينة للأطفال الأكبر سناً تتعلق بالجهود الخاصة المناطة ، لتقديم أنشطة ملائمة للطفل الأكبر سناً الذي يعمل وهو في مستوى عمر أصغر.

إن الأنشطة الواردة في الدليل جميعها عبارة عن اقتراحات، لذلك يجب استخدامها بمرونة ووفقاً لاهتمامات الطفل وحاجاته، ولابد من الانتباه وتقديم الرأي الصائب في استخدام الأنشطة المقترحة، ولابد من طلب المساعدة فيما يتعلق بجميع الأسئلة، ويجب التركيز على أن تلك المواد لا تحل محل الشخص المهني في تقييم ومعالجة الأطفال والرضع المعاقين، ومن الضروري استشارة المختصين وخاصة في مجال الاحتياطات والإجراءات الخاصة بعجز جسماني معين، وأن يكون هناك جو هادئ ومريح في جميع الأوقات للطفل والأسرة للنجاح في كل نشاط.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

قد يختلف نمط الكتابة في كل قسم من الأقسام الستة عن الآخر حسب طبيعة الموضوع، وقد استخدم بصورة عشوائية أسماء مختلفة في نصوص الأنشطة والمهارات،إلى جانب أهمية التركيز على استخدام القوائم والدليل معاً، و يجب أن يتم مراجعة التعليمات بحرص وعناية.

ويجب إتباع الإجراءات التالية عند إعداد البرامج الخاصة بالمعاقين عقلياً:

أ. عملية التقويم:

1. القيام بعملية تقويم رسمية أو غير رسمية، وهذا يتطلب عادة موظف واحد يعمل مع الطفل والوالدين بينما يتولى الموظفون الآخرون عملية المراقبة واقتراح المهام للطفل، كما يطلب من الوالدين القيام ببعض المهام للتسهيل على الطفل، وهذا الإجراء يقلل من ما يلي:
   - الجهد اللازم لمعالجة الطفل.
   - الوقت اللازم لعملية التقويم.
   - التكرار، تكرار المعلومات المطلوبة أو المقدمة من قبل الوالدين.
2. مقابلة الوالدين للحصول على بيانات إضافية حول خلفية الأسرة وحالة الإعاقة عند الطفل وغيرها من المعلومات، وهذا يمكن أن يتم من قبل أخصائي اجتماعي أو مستشار الآباء، والذي يساعد الوالدين بصفة غير رسمية حتى يمكن إعداد البرنامج لهم أيضاً.
3. أطلب من الوالدين التوقيع على ورقة للسماح بالحصول على معلومات إضافية من طبيب الطفل ومن مصادر أخرى ذات علاقة.

ب. حفظ السجلات باستخدام لوائح مشروع التعليم المبكر Help:

4. أعمل على تدوين معلومات وبيانات شخصية حول الطفل في الأسطر الخالية في القائمة، ويجب أن يكون مع كل طفل مجموعة من القوائم، وإذا كان الطفل مولودا قبل موعده أطرح عدد الأسابيع من عمر الطفل للحصول على معدل العمر، وهذا هو الرقم الذي يجب استخدامه كعمر للطفل.
5. راجع معلومات تقويم الطفل من الخطوة الأولى إلى الخطوة الثالثة أعلاه.
6. اختر اللون ليكون بديلا عن معلومات التقويم التي يتم تحصيلها اعتباراً من تاريخ التقويم، حدد هذا اللون مع وضع تاريخ التقويم في الخانة المخصصة لذلك في القوائم.
7. باستخدام اللون المختار، أرسم خط رأسي أسفل الاستمارة للدلالة على عمر الطفل (تعديل حسب الخطوة 4) لتمثل تاريخ التقويم.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

8. قم بتلوين بند من بنود المهارات يتم إتقانه من قبل الطفل اعتباراً من تاريخ التقويم، وذلك باستخدام عدة ألوان (لون لكل تاريخ تقويم) لتظهر صورة شاملة عن الطفل وكذلك تظهر المهارات التي أتقنها الطفل في السابق. بالنسبة للطفل الأكبر سناً، فليس من الضروري تدوين بيانات التقويم من الولادة، وهكذا يمكن عدم تلوين بعض الخانات في مستويات أعمار مبكرة للطفل، كما أنه من المتوقع أن تكون عملية تطوير الطفل ذو الحاجات الخاصة أقل تجانساً من عملية تطوير الطفل العادي.
9. القيام لإعادة تقويم دورية للطفل، وتحديث القوائم باستخدام لون مختلف حسب تاريخ التقويم الجديد.

ج. **حفظ السجلات:**

إن قائمة المراجعة عبارة عن نموذج أحدث للمهارات الظاهرة في قائمة المراجعة، وتستخدم قائمة المراجعة مع القوائم حيث أنها عبارة عن نموذج أوضح وأسهل من أجل التسجيل الأول بينما توفر القوائم متابعة بصرية هامة لسير تقدم الطفل، وتستخدم القائمة كوسيلة تقويم وتسجيل التقويم، والمتابعة وذلك حتى لو لم تستعمل القوائم للمراقبة.

10. تحديد إن كنت أولاً تريد مراقبة وتدوين مهارات الطفل في قائمة المراجعة، وهذا يتم باتباع التعليمات المدونة على جلد القائمة للتعرف على قدرات الطفل وحاجاته، ثم تدوينها في القائمة، كما يوجد هناك مكان في القائمة مخصص لتدوين تواريخ التقويم والملاحظات، ومن ثم قم بنقل البيانات إلى القوائم ليتم متابعة الطفل بالنظر من قبل الآباء، والمعلمين.

د. **كتابة الأهداف السلوكية:**

11. مراجعة الهدف التعليمي السلوكي المكتوب جيداً، كما لابد من أن يكون الهدف:
    1. قابل للقياس
    2. قابل للمراقبة
    3. له مرجع زمني (بمعنى أنه محدد بتاريخ معين)
    4. أن يحتوي معيار معين.
12. مراجعة قوائم الطفل بالهيلب، وتحديد الهدف الذي لها الأولوية في الوقت الحالي، ومراجعة كل نقص لدى الطفل (لم يتقنه وغير ملون بعد) مثلاً في مجال المهارات اليومية، واختر على الأقل ناقص واحد ليكون أساساً للارتكاز عليه في كتابة هدف معين، واكتب على الأقل هدف واحد لكل مهارة يتم اختيارها.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

13. استخدم المهارات غير الملونة (الغير متقنة بعد من قبل الطفل) كأساس لاختيار الهدف وأنشطة التخطيط للفصل التالي مع الوالدين والطفل، وعدم إعداد أهداف لبنود المهارات المشار إليها بالملاحظة 2.

هـ. **البرمجة من خلال استعمال دليل النشاط:**

14. بناءً على المهارات المختارة كأولويات، أو لأهداف الأولويات التي تم إعداد الأهداف لها، وانظر إلى القوائم لتحديد رقم المهارة.

15. انظر إلى الدليل وأعثر على المهارة وأدرس الأهداف في الدليل لبند تلك المهارة، وبصورة عامة يتم ترتيب الأنشطة بصورة معقدة، قم باختيار الأنشطة والمهام من بين تلك المقترحة في الدليل والتي تساعد على توجيه الطفل في تحقيق الهدف، كما يتحتم عليك أن تدرس الأنشطة التي تشجع وتعلم مهارات مختلفة أو التخطيط لعدة أنشطة لتعليم نفس المهارة.

16. التخطيط للنشاط لكي يتم التمكن من عملية تنفيذها في المنزل، كما أنه من المفضل للأسرة استخدام مواد تكون جزء من بيئة الأسرة لأن ذلك له مفعول وتأثير جيد، ولابد من اعتبار نواحي القوة لدى الأسرة واهتماماتها والوقت المتوفر لها لتدريب الطفل. لقد حاولنا اقتراح أنشطة مرحة للطفل ولأفراد الأسرة، وذلك عند التخطيط لأنشطة لفترة أسبوع، كما ننصح بأن يتم تنفيذ تلك الأنشطة أثناء قيام الأسرة بالأنشطة العامة أثناء اليوم، وليس خلال فترة واحدة أثناء اليوم.

و. **استمرار حفظ السجلات:**

17. تحديث قائمة المراجعة كلما أتقن الطفل بنود مهارات مختلفة، وذلك بوضع علامة على تاريخ تحقيق الهدف أو من خلال عملية التلوين.

18. عند وقت معين لإعادة التقويم، قم بوضع علامة على العمر المناسب مع تلوين البنود، وبعد ذلك قم بتقويم الهدف قصير الهدف في ذلك الوقت، وإذا حقق الطفل هدف قبل التاريخ المدون ،أكتب هدف جديد واجب التحقيق خلال مدة مرة أخرى.

19. تلوين الخانة في بداية المهارة إذا ما استطاع الطفل أداء المهارة جزئياً ببطء.

20. ضع خط ملون على خانة المهارة إذا حقق الطفل بمقدرته وليس بالطريقة المتوقعة منه.

21. للمحافظة على استمرارية التخطيط للطفل، يجب ترتيب القوائم لكل برنامج يحضره الطفل.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

مثال: من الرضيع إلى الطفل المتدرج، وهذا يعزز الاتصال ما بين البرامج ويقلل الحاجة إلى تكرار الاختبارات والتقويم على كل مستوى برنامج الاحتياطات والاقتراحات الخاصة بالتعلم المبكر.

أ. الأطفال الرضع يظهرون علامات إجهاد:

عند التعامل مع طفل رضيع، كن منتبهاً لمظاهر الإجهاد لديه، وإذا ما أظهر الطفل أي علامة من العلامات التالية، أوقف النشاط إلى أن يعود الطفل إلى حالة الهدوء أو يظهر نوعاً من الاستعداد للتعلم.

فيما يلي عرض لبعض مظاهر الإجهاد التي تصيب الطفل:

1. الذراعين ممتدتين في الهواء، أو إلى الجانبين.
2. ميل الرقابة أو الساق.
3. الرجل مرفوعة ومشدودة إلى أعلى.
4. يتجنب الطفل ملامسة العين.
5. تنفس سريع لديه.

مظاهر الاستعداد للتعلم عند الرضيع:

1. هدوء مع تعابير تدل على أنه منتبه.
2. يقوم بملامسة العين.
3. الرجلين باتجاه منتصف الجسم، واليدين باتجاه الفم.
4. الفم على شكل الحرف (5).

بالنسبة للأطفال التي تظهر عليهم مظاهر الإجهاد بسرعة، يجب تقديم لهم مهلة كافية من الوقت، وذلك لتمكينهم من السيطرة على أنفسهم، ويجب أن تكون فترة التدريب عندما يكون الطفل متيقظاً وليس جائعاً، وأن تكون الفترة قصيرة مع استخدام أساليب فنية حديثة في عملية التدريب، وفيما يلي اقتراحات خاصة بالأساليب الفنية:

1. السماح للطفل الرضيع ببعض الوقت لتهدئة نفسه بنفسه.
2. التحدث مع الطفل بلطف وبصوت مسموع.
3. ضع يدك على صدره أو ساقه.
4. أمسك يدي الطفل بطريقة تمكنه من عض إبهامك، وأحضر ذراعية لتكون بجانب جسمه أو فوق صدره.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

5. قم بتغيير وضع الجسم، على سبيل المثال: باتجاه المعدة، أو الاستلقاء على الجانبين أو الجلوس مستنداً.
6. حرك جسم الطفل بوضع إحدى يديك فوق قدمه واليد الأخرى فوق رأسه.
7. كن هادئاً وأدر عينيك أو وجهك بعيدا.
8. قدم للطفل أصبعك أو لهاية من أجل المص.
9. أرفع الطفل وضعه على كتفك أو في وضع معلق.
10. هز الطفل بلطف وهو يتكلم أو أرفعه بلطف لأعلى ثم لأسفل.
11. زد تحريكه بالتدريج عند حمله وهزه، وحاول المشي والتحرك مع الرضيع.

ب. أنماط الحركة الغير عادية:

قد يظهر معظم الأطفال الرضع في برامج تعليم ذوي الحاجات الخاصة مشاكل في الحركة، على سبيل المثال: عدم الانتظام وشد العضلات أو حدوث نغمة، يجدون صعوبة في أنماط الحركة، أو في الكلام، وأساليب المعالجة المهنية، لكن يمكن مواجهة أنماط الحركة العادية ومنع التأثيرات الغير عادية عند التعامل مع هؤلاء الأطفال، هذا ويجب استشارة طبيب معالج مختص.

ج. الاستجابات الفطرية عند الطفل:

تم وضع قائمة الاستجابات الفطرية لدى الطفل كبنود مهارات ضمن قسم الحركة الكبيرة وقد تم إدراجها لأغراض التقويم لتقييم مستوى أداء الطفل، ونوعية حركة الأعصاب، وهي مهارات لا لزوم لتدريب الطفل عليها.

د. التوصيات الخاصة لتحسين أنماط الحركة العادية:

1. يجب تسهيل عملية الحركة بأساليب فنية في التعامل مع الطفل وتوجيه جسمه، ما لم يجب غير ذلك بصفة محددة.
2. يجب تغيير وضعية الطفل في خط منتصف على كل جانب لمنع عدم التناسق، كما أنه عند إرضاع الطفل أو حمله يجب حمله على الجانب الأيمن وأحياناً على الجانب الأيسر لمنع حدوث ارتفاع في الضغط، يجب عدم وضع شيء محسوس فوق مستوى تحمل الطفل، والاستلقاء على الجنب أو البطن قد يكون الأنسب.
3. بالنسبة للطفل الرضيع الذي لديه نغمة عضلات غير عادية، يجب محاولة إعادتها إلى حالتها الطبيعية قبل البدء بالأنشطة، وذلك لكي يكون بالإمكان منع الرضيع من تعلم أنماط حركة غير عادية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

للتخطيط بالميكروكومبيوتر وحفظ السجلات:

يحتوي برنامج الهيلب 650 بنداً من المهارات، وعلى 2000 نشاط لتدريب وتعليم تلك المهارات، كما تستخدم قوائم هيلب وقائمة المراجعة لعملية التقويم، بينما يستخدم دليل النشاط لإعداد التعليم والاستراتيجيات التعليمية.

وقد تبنى الأنشطة والاستراتيجيات في الدليل لإعداد الخطط الفردية وسجلات المسندة من قبل الوالدين وكذلك خطط المنزل.

وقد أعدت شركة Vort برنامج وأنظمة كمبيوتر سهلة الاستعمال يحتوي على 650 مهارة وجميع الأنشطة في الدليل، ويعمل هذا البرنامج على الكمبيوتر نوع آبل 2، وجهاز أي بي أم، ويدعي هذا البرنامج dps help، ومن خلال الشاشة الفريدة يمكن استخدامها لتسجيل وتدوين المعلومات حول سير تقدم الطفل والتقويم.

إلى جانب حفظ السجلات السريع والملائم، إن من أهم الفوائد الرئيسية لهذا البرنامج هو قدرته على طباعة الخطط الفردية لكل طفل، وكذلك الأهداف المرجوة من الطفل، والأنشطة الخاصة بها من دليل النشاط، وتعتبر الاستمارة الفردية مثالية لاستخدامها كخطط للمنزل، وتتضمن مكان لإضافة الملاحظات.

ويتوفر لدى شركة vort قرص ديمو لمراجعة برنامج dps help.

الاستعانة ببرنامج هيلب لتدريب المعلمين:

يمكن الاستعانة بقوائم هيلب أو قائمة المراجعة لتدريس أو مراجعة تطور، أو متابعة نمو الطفل بصورة عادية، وفيما يلي بعض المقترحات لاتباع أساليب فنية مساعدة:

1. ناقش تصميم القوائم وقدم تعريفاً لكل مجال من مجالات التطوير الستة.
2. ناقش جميع أنماط التطوير، على سبيل المثال: من البسيط إلى المركب.
3. ناقش المهارات ووضحها وفقا للعمر التطوري، على سبيل المثال: النظر إلى مراحل المهارات في العمر من صفر إلى 12 شهر لجميع المهارات الستة.
4. راجع التطور حسب مجاله على سبيل المثال: التطوير المعرفي للأطفال ما بين صفر إلى 36 شهر باستخدام مراحل فرعية (تقسيم الأقسام إلى ظلال مختلفة باللون الأزرق لكل مجال من المجالات الستة في القوائم).
5. استخدام التشكيل لتوضيح المهارات من خلال أنشطة.
6. التركيز على المزايا الحساسة للمهارة والنشاط.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ملاحظات هامة جداً:

1. كل طفل له خصائص فريدة ويمكنه إجادة المهارات بسرعة بعمر يختلف عن الأطفال الآخرين.
2. مراجع الأعمار في برنامج هيلب تقريبية.
3. يجب عليك ألا تقلق إذا لم يظهر الطفل إتقانه للمهارة ضمن نطاق أعمار معينة.
4. استعن بالمقدمة لمزيد من التوضيح.

هيلب ستراند:

قوائم برنامج هيلب Help لتقدير جوانب النمو للطفل المعاق

المنهج المستند إلى التقويم التطوري من الميلاد وحتى عمر الثالثة

أولا: المعلومات الأولية:

اسم الطفل: ------------------------------------

تاريخ الميلاد: ----------------------------------

الجنس: --------------------------------------

تاريخ التسجيل: ---------------------------------

اسم الأب: -------------------------------------

اسم الأم: -------------------------------------

أعضاء فريق العمل:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

ثانيا: محتوى قوائم هيلب Help

جوانب النمو	البنود
التنظيم الحسي	• استجابة بحساسية مفرطة. • استجابة ضعيفة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

جوانب النمو	البنود
1. الجانب المعرفي	• تطور اللعب الرمزي • تقليد الإيماءات • إدراك الصوت والمكان • حل المشاكل أ. ثبات الأشياء ب. وسيلة لغاية ج. السبب والنتيجة • المفاهيم أ. الصور ب. الأعداد • التمييز والتصنيف أ. المطابقة والتصنيف ب. الأحجام ج. الترابط
2. الجانب اللغوي الاستقبالية:	• فهم معاني الكلمات. أ. الأشياء والأحداث والعلاقات ب. أعضاء الجسم ج. الإرسال • فهم معاني الكلمات • التواصل مع الآخرين أ. بالإيماءات ب. باللفظ • تعلم القواعد والجمل المركبة • تطور الأصوات ووضوح معناها • التواصل من خلال الموسيقى
3. الجانب الحركي الكبير: إذا كان أقل من 15 شهراً.	• الانبطاح على البطن • الاستلقاء • وضع الجلوس

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

جوانب النمو	البنود
	• تحميل الوزن علة الأرجل في وضع الوقوف • الحركة والحركات الانتقالية • رد الفعل/ الانعكاسات/ الاستجابات • ردود الفعل المضادة للجاذبية
4. الجانب الحركي الكبير: إذا كان أكثر من 15 شهرا	• تطور التحكم من 15 شهراً أ. الوقوف ب. المشي/ الجري ج. القفز د. التسلق ه. الدرج و. الالتقاط والرمي ز. ركوب الدراجة ذات الثلاثة عجلات ح. لوح التوازن
5. الجانب الحركي الدقيق: القواعد	• الاستجابات المرئية والمتابعة. • القبض والمسك. • الوصول والاقتراب • تطور عملية الإفلات الإرادي • مهارات خط الوسط الثنائية
الحركة – الحسية المتداخلة لقواعد الجانب الحركي الدقيق:	• المكان (الحيز) أ. مبادئ الكتابة ب. بناء المكعبات ج. لوح الأشكال د. الأنشطة الورقية • الإمساك باليد أ. الصفحات ب. لوح الأوتاد ج. لضم الخرز د. المقص

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

البنود	جوانب النمو
• الاتصال/ الانفصال/ الاستقلال • تطور مفهوم الذات • التعبير عن المشاعر والعواطف • تعلم القوانين وما هو متوقع • اللعب والتفاعل الاجتماعي	6. الجانب الاجتماعي – العاطفي
• التطور الحركي للفم • ارتداء الملابس • الأكل باستقلالية • سلوكيات أوضاع النوم • النظافة والإعتناء بالنفس • استخدام المرحاض • الاستقلالية داخل المنزل/ المسئولية	7. المساعدة الذاتية:

مفتاح التصحيح:

رموز التقويم:

+ أنجز المهارة

– لم ينجز المهارة

+/ – أنجزها بشكل جزئي، بمساعدة

غ/ ق غير قابلة للظهور، أو غير ملائم للتقييم

غ/ و غير وظيفي

ت تقرير الأهل

ملاحظات:

- إدراك الصوت والمكان: يجب أن يستجيب الطفل مرتين على الأقل، لاتقم بتسجيل الاستجابة إذا كان الطفل ينظر لمصدر الصوت قبل حدوثه، استخدم جرساً أو خشخيشتان بأصوات مختلفة، أو لعب تصدر أصوات عند ضغطها، أو أصوات من البيئة على أن يكون مصدر الصوت على بعد من 1-3 أقدام من أذن الطفل.
- اللغة الاستقبالية: (كثير من المهارات ممكن أن تكون بتقرير الأهل، انظر المجموعة الخاصة بإدراك الصوت والمكان).

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- التواصل مع الآخرين
  أ- بالإيماءات
  ب- التواصل اللفظي: يلفظ ليبدأ، ينظم، أو يستمر للمحافظة على المشاركة اللغوية.
- تحميل الوزن على الأرجل في وضع الوقوف: يجب أن تكون الرجل مثنية قليلاً ومتباعدة، يجب أن لا تكون متصلبة، متقاطعة، كما لا يجب أن تكون مقفلة عند الركبة أو مضغوطة معاً.
- الحركة والحركات الانتقالية: لا تسجل الأهداف الخاصة بأوضاع التقلب إذا كانت تتم من خلال تقوس الظهر الشديد.
- رد الفعل/ الانعكاسات/ الاستجابات: ليس من الضروري أن تقيم هذه المجموعة إن لم يتأخر الطفل في الحركة أو لم يعرض نماذج حركية غير سوية، ويجب على من يقيمه أن يكون تحت إشراف طبيب أو أخصائي علاج طبيعي.
- يستعمل في كل مهارات بناء الأبراج من هذه المجموعة مكعبات مقاسها (1.25) بوصة من كل جانب.على الأقل – للأمان، أعطي الطفل 3-4 مكعبات لاستكشافهم، إن لم يضعها فوق بعضهم تلقائياً قومي بالتمثيل له بمجموعة أخرى من المكعبات، استمر في تقديم مكعبات أخرى حسب اهتمام الطفل وقدراته، سجل على هذا الأساس، ألفت انتباه الطفل لنشاط آخر إذا بدأ بالرمي.

- اللعب والتفاعل الاجتماعي (متصل بمهارات الطفل الاجتماعية وتفاعله مع الآخرين – أقرانه والكبار).
- سلوكيات وأوضاع النوم: هذه المجموعة هي فقط خطوط عريضة لسلوكيات وأوضاع النوم العادية، تختلف أوضاع النوم حسب حاجات الطفل للنوم، تركيبة البيولوجي، والروتين اليومي للعائلة، سجل بناءً على تقرير الأهل.

البرنامج المنزي بورتيج:

البرنامج المنزلي للتدخل المبكر لتدريب أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة منذ الميلاد وحتى سن 9 سنوات، ويقوم المشروع بتدريب الأم على كيفية تعليم طفلها والتعامل معه لذا فهو برنامج تثقيفي للأمهات يؤهلن ليصبحن المدرسات الحقيقيات لأطفالهن ذوي الاحتياجات الخاصة، ويطبق البرنامج على الأم والطفل داخل المنزل لأنه أكثر ملائمة للطفل وبيئته، ويقوم هذا البرنامج على زيارة الأم والطفل مرة في الأسبوع

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

لمدة ساعة وربع، يخدم المشروع الأطفال الذين يعانون من التأخر في النمو العقلي والحركي، والشلل الدماغي البسيط والمتوسط، ويستثنى الإعاقات الشديدة، والصم، والمكفوفين.

أهداف المشروع:

1. تقديم برنامج التأهيل المبكر داخل بيئة الطفل المألوفة (المنزل).
2. الاكتشاف المبكر للإعاقة وذلك من خلال إجراء التقييم للأطفال ممن يعانون من مشاكل النمو وإدراجهم ضمن برنامج التدخل المبكر في أصغر سن ممكن.
3. إشراك الأهل المباشر في العملية التدريبية والتعليمية لطفلهم، وهي إحدى الوسائل الفعالة للتأثير على الطفل وتزويده بالمهارات التي تساعده على التكيف في حياته اليومية.
4. تزويد الأم بالتدريب المستمر فيما يتعلق بالوسائل الضرورية لرعاية طفلها.
5. تقديم مناهج تتلاءم والثقافة المحلية متضمنة مواضيع في التعليم الخاص إضافة إلى المؤثرات الحسية والجسمية والعناية بالنفس.
6. تطبيق الخطوات العملية للبرنامج دون إرباك ترتيبات الحياة اليومية للأسرة.
7. تحديد نقاط الضعف والقوة لدى الطفل المعوق بهدف تصميم برنامج خاص به مبنياً على المعرفة الحالية لقدراته بالتعاون مع الأم.
8. استخدام منهج متسلسل من حيث التطور ويستخدم كأداة للتعليم.

الفئات المستفيدة:

- الأطفال من الولادة إلى سن التاسعة.
- أهالي الأطفال وأقاربهم والأهالي في الحي نفسه.
- العاملون في مؤسسات وجمعيات ذوي الاحتياجات الخاصة.

مواصفات المشروع:

إن إحدى مزايا البرنامج المنزلي للتدخل المبكر هو الوصول للأطفال صغيري السن في مختلف الأماكن مهما بعدت وإضافة إلى أن المدرسة المنزلية الواحدة تستطيع تقديم الخدمة إلى 15 عائلة أسبوعي، لذلك كلما زاد عدد المدرسات في البرنامج زادت عدد الأسر المستفيدة من المشروع والتي لا يتوفر لها أي نموذج من الخدمة وذلك إما بسبب بعد مناطق السكن أو صغر سن الطفل وعدم ملائمة البرامج المقدمة في المؤسسة للأطفال وأهم من ذلك كله عدم قدرة المؤسسات على استيعاب جميع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

جانب عدم استطاعة أهالي الأطفال خاصة الفقراء منهم من دفع التكاليف الباهظة التي تتطلبها المراكز والمؤسسات الخاصة.

إن هذا البرنامج يستثمر أيضاً في تكوين العامل البشري المتدرب والمؤهل فالعاملات في البرنامج لا يستلزم أن يكن حاصلات علىمؤهلات جامعية عليا ويمكن للحاصلات على شهادات متوسطة الالتحاق بالدورة التدريبية والنجاح فيها، وقد أثبتت التجربة أن اختيار مدرسات من نفس البيئة التي يتم العمل بها يزيد من التفاهم ما بين العائلات التي تتلقى الخدمة وطاقم البرنامج مما يؤدي بالتالي إلى نجاح وزيادة الثقة المتبادلة ما بين الطرفين.

عناصر المشروع:

لقد أثبت مشروع بورتيج النموذجي الذي يتبعه البرنامج المنزلي للتدخل المبكر فعالية في دول العالم النامية بالنسبة لأهالي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتزويدهم بالخبرات والمهارات الأساسية التي لها التأثير الهام في النواحي التعليمية والتطويرية وحين ترجم إلى العربية فإن القليل من التعديلات وجدت ضرورية لتقابل الاختلافات الحضارية.

عناصر الدورة التدريبية (المرحلة التحضيرية للمشروع):

- تتضمن الدورة التدريبية – والتي تنفذ في 6 أسابيع – التدريب النظري والتطبيق العملي والميداني لأسس تنفيذ البرنامج.
- يستمر التدريب من الاثنين وحتى يوم السبت من السعة التاسعة صباحاً وحتى الثالثة بعد الظهر بمعدل ثلاث جلسات يومياً مدة كل منها ساعتين.

كيف تعرف الام أن الطفل متأخر ذهنياً؟

في السنة الأولى من عمر الطفل يكون تأخر التطور الاجتماعي للطفل أولى العلامات فتأخر ابتسام الطفل بعد عمر ثلاثة شهور هو من علامات التأخر الذهني.

وأيضاً تأخر الضحك وتأخر تعرف الطفل على أمه من علامات التأخر الذهني في بداية الطفولة يكون تأخر الطفل في الكلام وتأخر التحكم في عملية الإخراج من العلامات المهمة الدالة على التأخر الذهني.

وفي أواخر الطفولة فإن تأخر الطفل في عملية التعليم واستيعاب الدروس هي ظاهرة رئيسية للإعاقة الذهنية.

ولكن قبل تشخيص التأخر الذهني يجب أولاً أن نستبعد أسباباً أخرى مثل الصمم وفقد البصر والضعف العضلي حيث إن هذه الأسباب تسبب أيضاً تأخر التطور الاجتماعي للطفل...

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

التأخر الذهني عند الطفل لها درجات: في السنة الأولى غالباً ما يكون شديداً وواضحاً ويحتاج إلى رعاية كاملة وهذا الطفل غالباً لا يلتحق بالمدارس العادية عندما يكبر ولكن يلتحق بمدارس خاصة بالتربية الفكرية. التأخر الذهني المكتشف أثناء الطفولة المبكرة غالباً ما يكون متوسط الدرجة لكن الطفل يحتاج إلى مدارس خاصة بالتربية الفكرية، ولا يدخل الطفل المدارس العادية، أما التأخر الذهني المكتشف في فترة الطفولة المتأخرة تكون غالباً بسيطة وبإمكان هؤلاء الأطفال إنهاء المرحلة الابتدائية.

أسباب التأخر الذهني قبل الولادة: إن إصابة الأم بالعدوى أثناء الحمل بالدرن أو العدوى الفيروسية مثل الحصبة الألمانية والانفلوانزا وشلل الأطفال والجدري بالإضافة إلى انتقال الأمراض الوراثية من الأبوين إلى الجنين تؤدي إلى التأخر الذهني.

أما أثناء الولادة: إن حدوث نقص في الأكسجين للطفل أثناء الولادة خاصة الولادة المتعسرة أو حدوث نزيف بالمخ أثناء الولادة تعتبر من الأسباب الرئيسية للإعاقة الذهنية.

أما بعد الولادة: فمن مسببات التأخر الذهني: التهابات الجهاز العصبي والتهاب أنسجة المخ أو الالتهاب السحائي، حدوث إصابات للرأس ونقص الأكسجين وحدوث تشنجات ونقص السكر بالدم وتعرض الطفل للسموم مثل الرصاص وأيضاً الأمراض الوراثية التي تسبب ضمور خلايا المخ مثل مرض تاي ساك وشيلدر والأمراض الوراثية التي تسبب اضطراباً في العمليات الحيوية لبعض المواد في الدم مثل:

- الجلاكتوزيميا Galactosemia
- والفينيل كيتون يوريا Phenylketonuria
- وفشل الغدة الدرقية الوراثي Congenitalhyothyroidism

تنقسم أسباب التأخر الذهني عند الأطفال إلى قسمين هما:

- أسباب بيئية: وهي تمثل 90٪ من أسباب التأخر الذهني، وغالباً ما تكون درجة التأخر الذهني، بسيطة ولا يوجد مرض عضوي بالجسم يسبب التأخر الذهني ولكن عوامل بيئية تتدخل مثل الفقر، وسوء الحالة الاقتصادية للأسرة والعدوى المبكرة وسوء الرعاية الصحية وتوافر الحدود الدنيا للتعليم.
- أسباب عضوية: وتمثل 10٪ من أسباب التأخر الذهني ويكون التأخر الذهني متوسط أو متقدم أو شديد ورغم وجود مائة سبب للإعاقة الذهنية لكن الأسباب لا يمكن تحديدها إلا في 50٪ من الحالات فقط ومن هذه الأسباب العوامل الوراثية واضطراب الكروموسومات مما يؤدي إلى أمراض وراثية من أعراضها التأخر الذهني وأيضاً الشلل

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

العقلي Cerebral Palsy ولهذين السببين يكون التأخر الذهني ثابت ويمكن أن يحدث بعض التقدم بمرور الوقت.

أما في حالة الأمراض المرتبطة باضطراب العمليات البيولوجية في الجسم مثل الأمراض المتعلقة بتمثيل البروتينات واضطراب الأحماض الأمينية فيحدث التأخر الذهني وبمرور الوقت تتدهور حالة المريض إلى الاسوأ.

منع التأخر الذهني:

في حالات التأخر الذهني الوراثية التي لا يمكن علاجها يمكن منع التأخر الذهني أو ولادة طفل معوق ذهنياً، وذلك بفحص الزوج والزوجة قبل الزواج من الناحية الجينية والوراثية وأيضاً أثناء الحمل إذا تم تشخيص الحالة فيتم التعامل مع الطفل المصاب، وهناك التشخيص المبكر للحالات خاصة الحالات الممكن علاجها مثل: جالاكتوزيميا glactosemia وفينيل كيتون يوريا phenylketonuria وفشل الغدة الدرقية الوراثي congenital hypothyroidism.

وفي الدول المتقدمة يتم عمل مسح لكل الأطفال فور ولادتهم لاكتشاف هذه الحالات فالعلاج المبكر يمنع حدوث التأخر الذهني في هذه الحالات وهذا المسح يشمل أشعة على الركبة ونسبة هرمون الغدة الدرقية (T3. T4) ووجود مواد مختزلة في البول في حالة الجالاكتوزيميا وعمل اختبار أكسيد الكلوريد في البول في حالات الفينيل كيتون يوريا كما يمكن تجنب الأسباب التي تؤدي إلى التأخر الذهني المكتسب والناشئ عن أسباب غير وراثية مثل: تجنب حدوث الزرقان ونقص الأكسجين عند الطفل أثناء الولادة يقي الطفل من حدوث التأخر الذهني.

وفي حالات الالتهابات والعدوى بالجهاز العصبي مثل التهاب أنسجة المخ والالتهاب السحائي فإن التشخيص المبكر والعلاج الفوري والمناسب يقي الطفل من حدوث التأخر الذهني لاحقاً.

وفي حالات الغيبوبة التي تحدث للأطفال والتي قد تسبب ضرر خلايا المخ مما يؤدي إلى التأخر الذهني فإن التشخيص السريع والعلاج الصحيح وإعطاء الطفل الأوكسجين والجلوكوز يؤدي إلى عدم تضرر خلايا المخ وبالتالي تمنع حدوث التأخر الذهني، العلاج الصحيح لمرضى الصرع ومنع حدوث نوبات طويلة.

علاج التأخر الذهني:

في الأمراض التي يتم تشخيصها والتي يمكن علاجها فإن التشخيص المبكر والعلاج السريع يمنع حدوث التأخر الذهني أو يوقف تقدمه وأمثلة ذلك في حالات فشل الغدة الدرقية الوراثي فإن المريض يحتاج إلى هرمون الغدة الدرقية مدى الحياة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وفي حالات الجلاكتوزيميا فإن إعطاء الطفل لبناً خالياً من الجلاكتوز يقي الطفل من التأخر الذهني وفي حالة الفينيل كيتون يوريا فإن تغذية الطفل بلبن خال من مادة فينيل كيتون كفيل بحماية الطفل من حدوث التأخر الذهني، خلاف ذلك فإن علاج الحالات غير القابلة للعلاج هو تقديم العون للأبوين والطفل، ويجب العناية بالأبوين حيث أنها صدمة كبيرة أن يعلما أن طفلهما معوق ذهنياً لذا وجب تقديم كل العون لهما، فالأبوان غالباً ما يشعران بغضب شديد تجاه أول طبيب شخص حالة ابنهما، عليه فإن الطبيب الحكيم يجب أن ينتظر حتى تكتشف الأم بنفسها أن الطفل لاينمو بصورة طبيعية ثم بعد ذلك يخبرهما بحقيقة المرض، ويجب على الأبوين عمل فحص جينات genetic counseling لمعرفة احتمالات حدوث المرض في أطفالهم القادمين وتلقي النصيحة الطبية.

كما على الطبيب تقديم النصح المستديم والمتواصل للأبوين في كيفية العناية بالابن المعوق، يهدف علاج الابن المعوق ذهنياً إلى محاولة جعل حياته طبيعية إلى أقصى حد ممكن وذلك بالعلاج بالأدوية.

الحقيقة أنه لا يوجد دواء سحري، يمكن أن يعيد خلايا المخ الميتة لأن خلايا المخ لا تتجدد ولكن بعض الأدوية مثل encephabol, nootropil, piracetam أثبتت أنها مفيدة في تحسين حالة المريض كما أن الرعاية المستديمة واللصيقة للطفل المعوق مهمة جداً لمنع حدوث حوادث أو تسمم أو إصابات والتي ممكن وبسهولة أن تحدث لهذا الطفل وأيضاً معاونة الطفل في الغذاء ومساعدته في القيام بالوظائف الأخرى حتى يعيش حياة طبيعية كما أنه يجب إلحاق الطفل بالمراكز المتخصصة في هذا المجال التي تقدم برامج خاصة للطفل المعوق ذهنياً وتقدم له برامج تعليمية خاصة فهذا الطفل المعوق من حقه أن ينال أحسن الفرص المتاحة.

الطرق التربوية الرائدة والحديثة في تعليم المعاقين عقلياً:

إن تربية الطفل المعاق عقلياً تقوم على: أسس تربوية ونفسية واجتماعية وجسمية وذلك في ضوء خصائص نمو الأطفال جسمياً ونفسياً واجتماعياً وعقلياً وتتضمن الطرق الحديثة في تعليم المعاقين عقلياً مع الطرق الرائدة في التركيز على: تعليم المعاق عقلياً من خلال تنمية حواسه ومهاراته الحركية وإكسابه السلوك الاجتماعي المقبول وزيادة معلوماته وتنمية قدراته العقلية وحصيلته اللغوية من خلال الممارسة والمشاهدة اليومية وفي ضوء خصائص نموه العقلي والجسمي والنفسي والاجتماعي.

ومن أهم الطرق التربوية الرائدة والحديثة في تعليم المعاقين عقليا.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- **طريقة إيتارد Itard:**

يعتبر إيتارد أول من وضع برنامج تربوي تعليمي ويتضمن هذا البرنامج تعليم الطفل العادات الأساسية التي يعرفها أولاً، ثم تعليمها الأشياء التي لا يعرفها.

وقد ركز على تدريب الحواس المختلفة للطفل ومساعدته على التمييز الحسي ثم مساعدته على تكوين عادات اجتماعية سليمة، وكذلك مساعدته على تعديل رغباته ونزعاته الحسية.

الأسس التربوية والنفسية التي قام عليها برنامج إيتارد:

- تنمية الناحية الاجتماعية.
- التدريب العقلي عن طريق المؤثرات yacute الحسية:

1. الذكاء 2. طريقة سيجان Segain

وضع سيجان برنامج التربية الخاصة، ركز فيه على تدريب حواس الطفل وتنمية مهاراته الحركية ومساعدته على استكشاف البيئة التي يعيش فيها.

الأسس التربوية والنفسية التي قام عليها برنامج سيجان:

- أن تكون الدراسة للطفل ككل.
- أن تكون الدراسة للطفل كفرد.
- أن تكون الدراسة من الكليات إلى الجزئيات.
- أن تكون علاقة الطفل بمدرسته طيبة.
- أن يجد الطفل في المواد التي يدرسها إشباعاً لميوله ورغباته وحاجاته.
- أن يبدأ الطفل بتعلم النطق بالكلمة ثم يتعلم قراءتها فكتابتها.

- **طريقة منتسوري:**

ركزت منتسوري جهودها على تربية وتعليم المعاقين عقلياً وقد اعتبرت مشكلة الإعاقة العقلية مشكلة تربوية أكثر منها مشكلة طبية وقد وضعت برنامجاً في تعليمهم على أساس الربط بين خبراتهم المنزلية والمدرسية وعطائهم فرصة التعبير عن رغباتهم، وتعليم أنفسهم بأنفسهم.

وقد ركزت منتسوري في برنامجها على تدريب حواس الطفل على الآتي:

- تدريب حاسة اللمس.
- عن طريق الورق المصنفر المختلفة في سمكه وخشونته.
- تدريب حاسة السمع.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- عن طريق تمييز الأصوات والنغمات المختلفة مثل أصوات الطيور والحيوانات.
- تدريب حاسة التذوق.
- عن طريق تمييز الطعم، الحلو والمر والمالح والحامض.
- تدريب حاسة الإبصار.
- عن طريق تمييز الأشكال والأطوال والألوان والأحجام.
- تدريب الطفل الاعتماد على نفسه.
- عن طريق المواقف الحرة في النشاط واستخدام الأدوات التعليمية.

- **طريقة ديكرولي:**

وضع برنامج تعليمي يهدف إلى تعليم الطفل ما يريده ويرغب فيه، ثم تعديل سلوكه وتخليصه من العادات السيئة وتعليمه الأخلاق الحميدة وتدريبه على تركيز الانتباه ودقة الملاحظة وتنمية مهاراته الحركية وتدريب قدراته على التمييز الحسي من خلال أنشطته اليومية وألعابها الجماعية والفردية.

وقد أنشأ ديكرولي مدرسة لتعليم المعاقين عقليا أطلق عليها (مدرسة الحياة من الحياة).

- **طريقة دسكدرس Descocudres:**

تؤكد دسكدرس على أهمية عمليات تدريب الحواس والانتباه بالنسبة للأطفال المعاقين عقلياً فإنه لكي يتم تعليمهم ينبغي توجيه الانتباه للأمور الحسية، ويقوم برنامجها على تعليم الأطفال المعاقين عقلياً وفقاً لاحتياجاتهم في التعليم المناسب لقدراتهم، وإمكاناتهم ويراعى خصائص نموهم الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي، وتتلخص خطوات برنامجها في الآتي:

- تربية الطفل من خلال نشاطه اليومي.
- تدريب حواسه وانتباهه وإدراكه.
- تعليمه موضوعات مترابطة ومستمدة من خبرته اليومية.
- الاهتمام بالطرق الفردية بين الأطفال المعاقين عقلياً.

- **طريقة الخبرة التربوية:**

نادي جون ديوي J. dawey بالتعليم من خلال الخبرة وأدت دعوته إلى إدخال طريقة المشروع أو الوحدة أو الخبرة في تعليم المعاقين عقلياً، والتي تقوم على أساس ربط ما يتعلمه الطفل في وحدات عمل تناسب سنه وقدراته وميوله، ومن برامج الخبرة التربوية برنامج كرستين إنجرام C. Ingram في كتاب تعليم الطفل بطئ التعلم.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

يتلخص في الآتي:

- تنظيم الفصل حتى يكون وحدة العمل أو الخبرة Yacute مركز اهتمام الطفل.
- أخذ موضوع وحدة العمل أو الخبرة من بيئة الطفل ومن Yacute مواقف حياته اليومية.
- جعل هدف (وحدة العمل أو الخبرة الآتي):
- تنمية مشاعر الطفل الطيبة نحو نفسه ونحو الآخرين.
- اكتساب الطفل السلوك الاجتماعي المقبول.
- تنمية مهاراته الحركية وتآزره البصري العضلي.
- تنمية اهتمامه بالأنشطة خارج الفصل.
- إصلاح عيوب نطقه وزيادة حصيلته اللغوية Yacute.
- زيادة Yacute معلوماته العامة وإكسابه الخبرات التي تفيده في حياته اليومية.
- تعليمه Yacute القراءة والكتابة والحساب.

- **طريقة المواد الدراسية:**

وضع دنكان J. Duncan برنامجا لتعليم المعاقين عقلياً عن طريق التفكير الملموس أي طريقة الممارسة والملاحظة واللمس والسمع، وأشار دنكان إلى ضرورة تخطيط نشاط الطفل الحركي بما يساعده في تنمية مهاراته الحركية وتآزره العضلي، وتوسيع مداركه، وزيادة معلوماته، وتشجيعه على حل المشكلات والتعامل باللغة، وأعطي اهتماماً لأشغال الإبرة والرسم والنحت والنجارة والنسيج والمسابقات الترويحية، بالإضافة إلى تعليم القراءة.

- **طريقة التعليم المبرمج: التعليم الفردي:**

يقوم على تعليم الطفل بحسب قدرته على التعلم، ومن خلال متابعته بنفسه لخطوات الموضوع الذي يدرسه في كتاب مبرمج.

ويقصد بالبرمجة تقسيم المنهاج الدراسي إلى خطوات صغيرة مترابطة، وتقدم للطفل بطريقة شيقة تجذب انتباهه، حيث يقوم المدرس بدراسة المقرر ويحلله ويحدد خطواته ويرتبها بحسب ما بينها من علاقات، ويرشد الطفل إلى الوحدات التي يدرسها ويشجعه على دراستها بالسرعة التي تناسب إمكانياته، ويساعد على اكتشاف الصواب والخطأ وتصحيح الأخطاء بنفسه ويسمى ذلك بالتعليم الفردي.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الفصل السابع

دمج المعاقين ذهنياً بين النظرية و التطبيق

مقدمة:

يعتبر مفهوم الدمج من المفاهيم التي تشكل اهتمام لدى جميع العاملين والمهتمين في حقل رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، وأن المجتمعات التي مازالت تتشابر في رعاية المعاقين ذهنياً وفي تأهيلهم، وجدت في فكرة الدمج الخلاص الأساسي والرئيسي للعلاج والوقاية، فالمعاق ذهنياً يحتاج إلى شتى أوجه الرعاية من خلال منظور الدمج حتى يتسنى له الحصول على الاحترام والتقدير المجتمعي، وحتى يتسنى له العيش في الحياة الكريمة التي تسعى الأنظمة المعنية به لتوفيرها له.

اولا :المقصود بالدمج Mainstreaming للأطفال المعاقين ذهنياً:

هو التكامل الاجتماعي والتعليمي للأطفال من ذوي الإعاقة العقلية والأطفال الأسوياء في الفصول العادية ولجزء من اليوم الدراسي على الأقل، وهذا التعريف يرتبط بوجود الطفل في الصف الدراسي بالمدارس العادية لجزء من اليوم الدراسي، كما يرتبط بالاختلاط الاجتماعي المتكامل.

ومن خلال ذلك التعريف تتمكن جمعيات تنمية المجتمع المحلي أن تساهم في توفيرعناصر أساسية تكون دعامة لتعليم وتأهيل المعاقين ذهنيا حيث وجود القاعات والفصول الدراسية، الملاعب والمسارح، ولا يخفي علينا أن جمعيات تنمية المجتمع تمتلك المقومات، ويمكن أن تحدث تكامل في عملية تقديم الخدمات بأكثر من وسيلة مثل:

1. توفير مقاعد دراسية داخل فصول التقوية بالجمعيات لاستيعاب المعاقين ذهنياً من الفئة المتوسطة والبسيطة القابلة للتعليم والتدريب.
2. اشتراك المعاقين ذهنياً وأسرهم في الرحلات التي تنظمها الجمعيات وتكون مجانية إذا لزم الأمر وبسعر رمزي.
3. تدريب وتأهيل المعاقين ذهنياً على بعض المهن مثل اعمال التريكو والطباعة داخل مقر الجمعية والورش المحمية.
4. تشغيل نسبة من المعاقين ذهنياً داخل الجمعية. ومن خلال هذا تتمكن الجمعيات الأهلية من المساهمة في التكامل في عملية الرعاية وتكون دعامة أساسية في نجاح سياسة الدمج المجتمعي.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

أنواع الدمج وكيفية الاستفادة من كل نوع:

أ. الدمج التعليمي:

يعتبر شكلا من أشكال الدمج الأكاديمي، حيث يلتحق الأطفال بالمدارس العامة وفيه يتم إلحاق الأطفال الأسوياء والمعاقين في صف دراسي مشترك وتحت برنامج أكاديمي موحد، يتلقى كلا الجانبين عملية التعليم فيه، ويتحقق ذلك من خلال إنشاء ملحقة الدمج بجمعيات تنمية المجتمع ويتم بهذا استقبال الأطفال الأسوياء والمعاقين على فترات لشرح أجزاء معينة من المحتوى الأكاديمي، وهذا يتطلب وجود كادر تنسيقي ناجح يستطيع التواصل مع المدارس والتنسيق معهم لاستقبال الأطفال بالجمعية.

ب. الدمج الاجتماعي:

يقصد به دمج المعاقين مع الأسوياء في السكن والعمل، ويمكن للجمعية أداء دورها في هذا المجال من خلال:

- الإعداد لرحلات للمعاقين ذهنياً والأسوياء.
- تدريب المعاقين داخل ورش الجمعية مع الأسوياء.
- محاولة الاستفادة من قدرات المعاقين ذهنياً قدر الإمكان في الجمعية ومشاركتهم الأنشطة المختلفة وفقاً لقدراتهم.
- عمل لقاءات ومحاضرات وندوات يساهم فيها المعاقين مثل: قص شريط الحفل، تقديم المشروبات للحضور، اشتراكهم في أعمال الضيافة بالجمعية، الإعلان عن حملات التبرع بالمال أثناء موسم الزكاة/ إشراكهم في رحلات الأيتام وأنشطة دور الأيتام. كما يمكن إشراك المعاق ذهنياً في أعمال الخير التي تنفذها الجمعية مثل زيارة المرضى بالمستشفى وتقديم المساعدات لهم.

الممارسات المجتمعية مع الإعاقة الذهنية في إطار عملية الدمج:

ليس الأمر يمثل صعوبة على الأخصائي الاجتماعي داخل الجمعية في عمله، ولكن الأمر يتطلب من الممارس أن يكون لديه الاستعداد الشخصي والمهني، ولديه التأهيل والدراية العملية والتخطيط المستمر للعمليات المهنية، ثم يقوم بالممارسة على الشكل التالي:

1. استثارة المجتمع الخارجي بالندوات واللافتات وزيادة المؤسسات المالية والتعليمية والثقافية وتنظيم لقاءات عن الإعاقة الذهنية وفتح قناة شرعية للمشاركة مع الجمعية.
2. تنظيم المسابقات البحثية عن الإعاقة الذهنية وكذلك المسابقات الفنية التي تعبر عن احتياجاتهم ودمجهم في المجتمع.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

3. تنظيم زيارات للقيادات البارزة بالجمعية لزيارة مؤسسات الإعاقة الذهنية.
4. تنظيم دورات وبرامج تدريبية للعاملين في مجال الإعاقة الذهنية لرفع الكفاءات بصفة مستمرة.
5. دعوة المهتمين بالإعاقة الذهنية للمشاركة في أعمال الجمعية ونشاطها.
6. منح أسر المعاقين ذهنيا منح مالية وعينية وتقديم المساعدات لهم وغير ذلك في حالة احتياجهم.
7. تدريب أسر المعاقين ذهنياً على طرق التربية والرعاية بالمنزل وأن الممارسة المجتمعية في إطار الدمج ما هي إلا رسالة تثقيف وتوعية وتعديل للرأي المجتمعي عن الآثار الاجتماعية لعملية الدمج.

الآثار الاجتماعية لسياسة الدمج:

إن الآثار الاجتماعية لسياسة الدمج في المجتمعات هي النتاج الحقيقي الذي ينتظره المعاق، حيث الجدية في هذه السياسة تقدم نتائج إيجابية مثل:

1. فرصة لتفاعل الأسوياء مع المعاقين ذهنياً وهي تولد وتثير حب المساعدة لدى الأسوياء في ذلك المجتمع.
2. تطبيق سياسة الدمج من خلال الجمعيات الأهلية يولد الرغبة في العمل التطوعي من قبل المتخصصين بالإعاقة من خلال زياراتهم المتكررة لجمعيات وتفاعلهم المستمر مع سكان المجتمع.
3. يزيد من التوافق الاجتماعي للمعاقين ذهنياً مع الأسوياء ويقلل من المشكلات النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها المعاقين في حالة عزلهم عن المجتمع المحيط.
4. الدمج في الجمعيات الأهلية يقلل من المفاهيم الخاطئة عن الإعاقة الذهنية ويولد رؤية تعاونية من قبل السكان لإدماج المعاقين ذهنيا في المجتمع في شتى نواحي الحياة.

ومما لاشك فيه أن الدمج من منطلق عمل الجمعيات الأهلية كمنظمة مجتمعية يخفف من الخسائر المجتمعية الناتجة عن الإهمال في الإعاقة الذهنية.

دور الأخصائي الاجتماعي في عملية الدمج:

يعتبر الأخصائي الاجتماعي هو المنشط الفعال في أداء الجمعيات الأهلية لدورها في الوقاية من الإعاقة الذهنية وعملية العلاج أيضاً ويمكن للأخصائي الاجتماعي أن يربط عملية الدمج بالدور والأداة وذلك من خلال الآتي:

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

1. تحديد المشكلة تحديداً دقيقاً وفقاً للسجلات والإحصائيات الموجودة. مثال: حصول الأخصائي على معلومات بخصوص وجود هروب وعزوف مجتمعي من الأهالي عن عدم المشاركة في مخيمات المعاقين التي ترعاها الجمعية.
2. تحديد الأدوار والأدوات والفترة الزمنية لعملية التدخل المهني تجاه تلك القضية، ويمكن التعامل مع هذه المشكلة المجتمعية كالتالي:

أ. يقوم الأخصائي الاجتماعي بتنظيم وإعداد مناقشات مع المجتمع يحاول بها العمل كخبير، يجمع معلومات عن الإعاقة ويقدمها لهم في وسائل عرض، ويكون حريصا على دعوة أعضاء الجمعية الذين ليس لديهم أبناء معوقين حتى يحاول أن يخفف من وطأة الإعاقة ويولد تعاطف مجتمعي ويكون الحضور مشتركاً.

ب. يقوم الأخصائي المجتمعي بتنظيم زيارات للقيادات الشعبية داخل المحافظة والتي لها فاعلية في اتخاذ القرار بمشاركة أولياء أمور المعاقين ذهنياً وبعض المعاقين من حالات الدوران الخفيف والإعاقة المتوسطة ويعرض مشكلاتهم حيث من الممكن أن يعمل الأخصائي على تدعيم العلاقة مع مدارس التعليم العام، ونجد أن الأخصائي يلجأ للعلاقات العامة كأداة وكوسيلة من خلال دوره في العمل مع الجماعات، حيث الحصول على خدمات مع منظمات وتنسيق الجهود مع الهيئات المعنية بقضية الإعاقة والغير مختصة.

ج. الأخصائي الاجتماعي في تعامله مع قضية الإعاقة الذهنية يستخدم نتاج دوره، مما يمكنه من تفعيل مشاعر المجتمع والآراء حول الإعاقة من خلال وسائل العرض مثلاً على حائط في مقر الجمعية – لافتات توزع على المدارس والأندية.

ثانيا :دمج المعاق ذهنيا بين النظرية و التطبيق

تهيئة بيئة التعلم لعملية الدمج:

يجب تقديم البيئة المناسبة للاحتياجات الخاصة للاطفال المعاقين وأن تكون تلك البيئة عادية بقدر الإمكان ويتلقى الطفل تعليمه مع أطفال في مثل عمره الزمني، وهناك العديد من الخدمات والمعينات التي تقدم للطفل المعاق حسب الاحتياج (مثل التقنيات التعليمية أو المساعدات التكنولوجية والمساندة الشخصية) حتى يستطيع أن ينجح في الفصل الدراسي العادي.

وصف البيئة ذهنياً:

يتلقى الأطفال المعاقين التعليم جنباً إلى جنب مع الأطفال الأسوياء إلى أقصى حد ممكن سواء في المدارس العامة أو الأهلية أو مؤسسات العناية الأخرى.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

لا يتم نقل الطفل المعاق ذهنياً إلى الفصل الدراسي الخاص أو المدارس المعزولة أونقله من الفصل الدراسي العادي إلا إذا كانت الإعاقة شديدة لا تمكنه من تلقي التعليم حتى مع استخدام المعينات والخدمات الخاصة.

دور الأسرة:

إن للأسرة دور أساسي في عملية دمج المعاق ذهنياً في المجتمع، ويمكنها المشاركة في وضع البرنامج الفردي للطفل وتطبيقه داخل المنزل، وأن يحرص ولي أمر الطفل المعاق ذهنياً على حضور الاجتماعات التي تنفذها المدرسة، ويطلع على السجلات المدرسية الخاصة بالطفل لذا فإنه من الضروري أن يكون لولي أمر الطفل المعاق الحق في تمثيل ابنه.

دور الأفراد:

- إن استيعاب الأطفال من ذوي القدرات المتباينة في مدارس وفصول التعليم العام يعني حدوث تغييرات لجميع أعضاء المجتمع التربوي، وتغييرات في طرق وإعداد المنهج الدراسي وتقديمه وكذلك تغييرات في العلاقات المهنية والإنسانية.
- التغيير في الأساس يجب أن يكون حول الأفراد ومعتقداتهم وأفعالهم بدلاً من أن يكون حول البرامج والمواد التعليمية والتكنولوجيا أو الأدوات.
- ليس من الغريب أن يقلق المعلمون حول كفاءتهم وقدرتهم على تلبية احتياجات الطفل المعاق، فكثير منهم يشعر بالتعاطف والحزن نحو الطفل، في حين يحبط البعض حين يشعرون بأن عملهم مع الطفل المعاق ذهنياً سوف يكون في مقدمة جميع مهامهم الأخرى، ويتعرض المعلمون لمشاعر متناقضة من التحدي والأمل والدهشة والواقعية والإحباط والخوف وعدم الكفاءة، لذا فإن ردود الفعل هذه تتأثر بدرجة قوية بمعتقدات المعلمين حول التجديد، إدراكهم لقدرتهم على استخدام التجديد، المكان الذي يحدث فيه التغيير، ونوع الدعم والمساعدة التي يتلقونها حين يقومون بمحاولة تنفيذ التغيير.
- ومن هنا يحتاج الأفراد إلى تلقي الدعم والمساندة من بعضهم البعض وكذلك من المنظمة التي ينتمون إليها ليتجاوز ردود الفعل الضرورية وغير المريحة للتغيير، وعلينا أن نتذكر أن الأفراد غالباً ما يحتاجون إلى ضغط من أجل التغيير حتى لو كانوا مع الفكرة الجديدة، ومن شأن التشريعات والتعليمات الصادرة عن النظام أو المدرسة أن تساعد في زيادة سرعة عجلة تطور ممارسات الدمج، كما أن دعم إدارة المدرسة تعتبر حيوية لإعداد مدارس الدمج.

فلابد من دعم لعملية التغيير وهذه العملية تشتمل على عاملين أساسيين هما النظام والأفراد المرتبطين بذلك النظام، ولا يعني الوصول إلى التغيير انتهاء العملية، ولكن لابد من

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

إعداد طرق تسمح باستمرار ذلك التغيير، لذلك يبدو من الضروري أن تكون طرق استمرار التغيير والمحافظة عليه أجزاء أساسية من خطط التغيير.

ولكي ينجح التغيير فإنه يحتاج إلى دعم مادي قوي وإلى ثقافة تغذي الكفاءة والأخلاق والمبادئ، ويجب توفير المصادر المختلفة في شكل مواد وعاملين وتدريب، ولكي تبرهن على التزام المدرسة بالفكرة الجديدة لابد من إعداد خطط ومشاريع محددة من أجل استمرار الإجراءات، كما يجب تقديم مختلف أشكال الدعم لتنفيذ الخطة.

وغالباً ما يحتاج المعلمون العاديين إلى المصادر المتوفرة حالياً ضمن برامج التربية الخاصة لمساعدتهم في العملية التعليمية للأطفال المعاقين عقلياً ممن يتواجدون في فصولهم الدراسية، وأيضاً تزويد أولياء الأمور والأطفال وغيرهم من الجهات المهتمة كمجلس إدارة المدرسة بالمعلومات يعتبر أمراً ضرورياً وهاماً، وكذلك من الأمور الأساسية طرق موائمة وتنسيق عملية تقديم المنهج في إطار جديد.

ويعتبر الغرض من التربية هو تكوين مجتمعات داخل المدارس تشبه تلك المجتمعات التي سيعيش فيها الأطفال في المستقبل، عندئذ فإن الحاجة للدمج تكون ماسة، ويتطلب تنفيذ الدمج رؤية مشتركة وخطة واضحة ويعتبر الدعم المقدم للمعلمين الذين ينفذون الدمج أساسياً، ويتم تزويدهم بالمعلومات والوقت والتدريب والمصادر، ويعتبر الالتزام بدرجة من الصبر الذي يسمح بتكيف الأفراد للفلسفة الجديدة وتعاونهم في تنفيذ عناصر أساسية للتغيير حتى يتحقق النجاح للدمج.

الدمج وسياساته لدى بعض الدول التي أخذت به:

بالرغم من أن هناك عدداً قليلاً من الدول أخذت بأسلوب دمج الأطفال المعاقين ذهنياً في المدارس العادية، فإن المعلومات لا تزال محدودة عن طبيعة سياسة الدمج وإجراءات تنفيذها، ومن الواضح أن عملية الدمج لها معان كثيرة مختلفة باختلاف البلدان التي تتبع سياسة الدمج.

ففي جمهورية ألمانيا الاتحادية يبدو أن الدمج يأخذ شكل إمداد المدارس الخاصة والأطفال بتعليم يتناسب مع حاجاتهم، وتيسير كل الإجراءات التي تجعل من المدرسة مجهزة بقدر الإمكان لحياة الراشدين، بينما في فنلندا فإن الدمج يعني توفير وتجهيز مكان يدمج فيه جميع الأطفال داخل النظام التعليمي العام،وفي كوستاريكا يتم ملاءمة مناهج التعليم كي تتناسب مع متوسطي الإعاقة، حتى تيسر عملية الدمج وفي كوبا وسلفادور وبيرو يقومون بتحويل الأطفال من المدارس الخاصة إلى المدارس العادية متى كان الوقت مناسباً، وفي الأرجنتين وفنزويلا يتم إمداد الأطفال ذوي الحاجات الخاصة الموجودين في

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

المدارس العادية بالتدعيم والمعونة اللازمة بواسطة مدرسين من مدارس خاصة أو متخصصين آخرين يقومون بزيارة المدرسة بشكل منتظم، وفي النرويج ونيوزلندا يعد الدمج مبدأ سياسياً، حيث يتم تعليم الأطفال المعاقين داخل فصول المدرسة العادية جنباً إلى جنب مع أقرانهم العاديين وعندما يكون العزل شيئاً حتميا فإن ذلك يكون لفترة محدودة على أن يتم إدماج المعاق مرة أخرى داخل أنظمة التعليم العام عندما يكون ذلك ممكناً، وقد خطت إيطاليا تجربة ناجحة نحو دمج المعاقين في المدارس العادية والمجتمع عامة، حيث أن دمج الأطفال المعوقين عقلياً قد فرضه التشريع الذي أغلقت بمقتضاه المدارس الخاصة، وهناك خطى مماثلة في أسبانيا.

ونستطيع في الوقت الراهن أن نجد مجموعة متنوعة تنوعاً كبيراً من محاولات الدمج في مختلف البلدان، وتقوم السلطات المدرسية في بعض المناطق بنقل الأطفال من المدارس الخاصة المعزولة فعلياً واجتماعياً إلى مدارس تقع بالقرب من المدارس الابتدائية العادية على أساس أن ذلك سوف يؤدي إلى زيادة المبادلات الاجتماعية والثقافية بين المدرستين وأطفالها، وتتمثل أحد الحلول الأخرى في وضع صفوف مستقلة للأطفال المعاقين داخل المدرسة الابتدائية نفسها بهدف تضييق المسافة الفعلية التي تفصل المدرسة المنعزلة ولكي ييسر على الأطفال المعاقين أن يصبحوا جزءاً لا يتجزأ من البيئة الاجتماعية للمدرسة الابتدائية مع الاحتفاظ في الوقت نفسه بقدر من التعليم المنفصل لهؤلاء الأطفال.

وثمة حل بديل آخر هو أن ينتظم الأطفال المعوقين في صفوف عادية جنباً إلى جنب مع الأطفال الأسوياء في نفس الفصل الدراسي بالمدرسة العادية، على أن تبذل الجهود لضمان حصول الطفل والمعلم في آن واحد على مساندة مهنية رفيعة المستوى من قبل معلمين أخصائيين، وفي حالات أخرى يمضي الطفل جزءاً من النهار في المدرسة المتخصصة وجزءاً آخر في مدرسة عادية.

بعض النماذج المطبقة لعملية الدمج:

1. الولايات المتحدة الأمريكية:

ظهر الاتجاه نحو استراتيجية الدمج كنتيجة لمطالبة أولياء أمور الأطفال المعاقين كجماعات ضغط تطالب بحق تعليم أبنائهم في مدارس الأسوياء.

وبناءً عليه قامت الدولة بالسعي لتنفيذ استراتيجيات للدمج من خلال برامج الدمج mainstreaming وتضم دراسة لبعض الوقت في الفصول العادية وأخرى في غرف المصادر بالمدرسة ويقوم برعايتهم معلم التربية الخاصة أثناء وجودهم في غرفة المصادر أو دراسة كل الوقت في فصول عادية مع متابعة وتوجيه من معلم التربية الخاصة عن كيفية إعداد الفصول

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

العادية للدمج والتكامل أو الحصول على المصادر اللازمة لتعليمهم، ودراسة كل الوقت في مدارس التعليم العادي مع وجود خدمات خاصة في حدود ضيقة من معلم التربية الخاصة.

2. بريطانيا (المملكة المتحدة):

توفر الحكومة البريطانية تعليماً إلزامياً للمعاقين عقلياً في سن الخامسة حتى السادسة عشر، ويتعلم الأطفال المعاقين عقلياً بالمدارس العادية مادامت هذه المدارس تستطيع سد احتياجاتهم، فهناك أطفال يدرسون في الفصول العادية مع مساعدة شخصية، وأطفال ينتظمون في فصول خاصة داخل المدارس العادية، وآخرون يدرسون بمدارس خاصة منفصلة، ويجد كل طفل التسهيلات التعليمية المناسبة مع طبيعة إعاقته ومستواه، وبذلك يحقق تقرير Mary Warnock تربية المعاقين في ظل النظام الدمجي بثلاث أساليب إدماج جغرافي وإدماج اجتماعي وإدماج وظيفي.

3. إسرائيل:

أعدت المدارس النظامية للوفاء باحتياجات الطلاب المعاقين ودمج واستيعاب كل من يظهر عليهم بعض الإعاقات وثمة أربع نماذج أساسية لنظام الدمج التربوي المعمول به كالتالي:

أ. **نموذج مجموع الدمج group integration**: ويتكون من دمج عدد كبير من الأطفال المعاقين من 10: 12 طفل داخل الفصول العادية وهذا النموذج يكون في المدارس الابتدائية.

ب. **نموذج التعليم العلاجي**: ويطبق عادة في الفصلين الأول والثاني من فصول المدرسة الابتدائية ويضم الأطفال ذوي الصعوبات الخاصة، ويعد هذا نموذجاً للتدخل المبكر.

ج. **نموذج الدمج المقابل Reversed integration**: وفيه يعتبر فصل التربية الخاصة هو الفصل الأم، لكن بالنسبة للأنشطة الاجتماعية والمدرسية فإن الأطفال المعاقين يندمجون مع الأطفال الأسوياء.

د. **نموذج تعليم المراكز Learning centers**: ويطبق في المدارس العليا الخاصة مع الطلاب المعاقين المندمجين في فصولهم العادية.

4. النرويج:

تنفيذا لمبدأ التربية للجميع يتاح للأطفال والشباب المعاقين الالتحاق بالمراحل التعليمية المختلفة بجوار أقرانهم الأسوياء مع تلقي خدمات مساندة لاحتياجاتهم التعليمية وذلك من خلال برامج ما قبل المدرسة، ورياض الأطفال العامة والمدارس الإلزامية العادية، ومدارس التربية الخاصة وفصولها.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

5. ألمانيا:

أنشأت شبكة واسعة من المراكز الاستشارية التي تتناول التعليم الخاص بالأطفال المعاقين عقلياً وذلك من أجل التعرف المبكر عليهم للتمكن من تقديم الخدمات التربوية على الوجه الأكمل، ويتكامل المعاقين مع المجتمع على أساس برنامج حكومي شامل يقدم لهم إجراءات تنسيقية في مجالات مختلفة من الحياة الاجتماعية وخاصة في مجال التعليم والصحة العامةوالثقافة والعمل، ويتم ذلك من خلال النظام الدمجي الكامل أو حسب ظروف الإعاقة ودرجتها.

6. مصر:

وإذا كان لتربية المعاقين ذهنياً في ظل استراتيجية الدمج تلك الصورة من الممارسة والتطبيق بالنسبة لبلدان العالم المتقدمة فإنه يجب أن تحتل هذه الاستراتيجية أهمية قصوى وضرورة بالنسبة لمصر، خاصة وأن بمصر ما يزيد عن 7 مليون معاق أو أكثر، كما أن نسبة من تقدم لهم خدمات منظمة منهم لا تتعدى 3٪ فحسب، إلا أن تطبيق استراتيجية الدمج لتربية المعاقين بمصر يقتضي السعي نحو إيجاد متطلبات لتفعيل تلك الاستراتيجية فمن حق كل طفل معاق أن تقدم له كافة الخدمات من العلاج والتأهيل والتعليم والرعاية المتكاملة من خلال تبني الاستراتيجية الدمجية الأكثر مناسبة والتي تستهدف تحرير المعاقين من أسر المؤسسات الخاصة التي تعزلهم عن الحياة الاجتماعية، بحيث يشاركون في الأنشطة الحياتية بأقصى ما تسمح به استعداداتهم وإمكاناتهم وهو ما يعرف بالتطبيع نحو العادية Normalization ولكن تفعيل هذه الاستراتيجية حيال تربية المعاقين في المجتمع المصري يحتم على الوزارات والمؤسسات الحكومية والأهلية المسئولة عنهم النهوض ولو تدريجياً بما تقتضيه هذه الاستراتيجية من متطلبات منها:

1. إعداد خطة مناسبة من قبل وزارة التربية والتعليم باعتبارها الوزارة المسئولة وتعاونها الوزارات المساعدة الأخرى مثل الشئون الاجتماعية والعمل والصحة والقوى العاملة والهجرة، توضح خلالها طبيعة استراتيجية الدمج والهدف منها والاستراتيجيات الخاصة التي تسهم في إنجاحها.
2. ضرورة الترابط والتكامل والتنسيق بين مختلف الجهات والمؤسسات المختصة برعاية المعاقين.
3. عمل مسح شامل للمدارس المرشحة على مستوى الجمهورية لتطبيق استراتيجية الدمج للتعرف على إمكانياتها البشرية والمؤهلة ومدى توافر الأعداد اللازمة من معلمي التربية الخاصة بها وإمكانيتها المادية المساعدة في التطبيق من حيث عدد

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الفصول ومساحتها والأبنية الإضافية والفناء المسموح فيه بممارسة الأنشطة وتوفر الخدمات والورش، وحجرات المصادر.

4. توفير الإحصائيات الدقيقة عن المعاقين بكل فئاتهم وخصائصهم لمعاونة مخططي البرامج والباحثين والدارسين.
5. العدالة في التوزيع الجغرافي لمدارس المعاقين، إذ تخلو بعض المحافظات من هذه المدارس سواء الخاصة أو المتكاملة.
6. إعداد القيادة الواعية القادرة على استيعاب استراتيجية الدمج بإعداد الدورات اللازمة لمديري المديريات والمدارس التي سيتم تطبيق الاستراتيجية بها.
7. أن يكون التخطيط لتربية وتعليم المعاقين وتأهيلهم أحد المفاهيم الرئيسية للخطط القومية لتطوير التعليم، إذ بدون التخطيط لا يمكن تحقيق التربية للجميع فكراً وتطبيقاً، كما لا يمكن النجاح في تطوير خدمات التربية للمعاقين بمعزل عن السياسات التربوية العامة، فالتطور المنشود يتطلب تعديلاً في الممارسات والنظم التربوية والمفاهيم والمصطلحات السائدة، الأمر الذي يقتضي ضرورة إعادة تخطيط البرامج التربوية والاستراتيجيات ونظم التعليم بحيث ييسر من إمكانية دمج المعاقين في البيئة العادية وتعليمهم في مدارس الأسوياء كلما كان ذلك ممكنا ومناسباً بما يتفق مع فلسفة التربية الخاصة، والعمل أن تأخذ المناهج الدراسية للأطفال ذوي الإعاقات البسيطة والمدمجين بالفصول العادية نفس المنهج الدراسي المعمول به في المدارس العادية، وأن يكون المنهج الدراسي للأطفال ذوي الإعاقات البسيطة والمدمجين في فصول خاصة بالمدارس العادية ذا مستوى أقل ويتناسب مع درجة الإعاقة وطبيعتها، كذلك إنشاء إدارة خاصة لتقييم وتنفيذ الوسائل التعليمية التي تتناسب مع كل من الأسوياء والمعاقين شريطة أن تكون بسيطة وسهلة التنفيذ حتى يتم تدريب المعلم عليها ويتمكن من تنفيذها وتعديلها لتتناسب وطبيعة الإعاقة التي يتعامل معها، كما أن توفير حجرة المصادر يعتبر من بين العناصر الأساسية لضمان البيئة الصالحة والمناسبة لعملية الدمج، وأن الاهتمام بالأنشطة الجماعية التي يمكن أن تدعم التفاعل بين المعاقين والأسوياء على أن يتم ذلك في مجموعات صغيرة أولاً ثم تزداد هذه الجماعات بالتدريج بعد أن يكتسب الطفل السوي تدريجياً الأساليب المناسبة للتعامل مع تربية المعاق، ولابد من توحيد المناهج المستخدمة في برامج وتأهيل المعاقين مع التقويم الشامل للاستراتيجيات المعمول بها حاليا بما يحقق زيادة فاعليتها على أن يتم التدرج في تطبيق استراتيجية دمج المعاقين مع الأسوياء بالأشكال والمستويات المختلفة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

والمناسبة، وأخيراً إعداد وتنظيم دورات تثقيفية لأولياء أمور الأطفال والمعاقين كل أسبوع داخل المدرسة المتكاملة لمناقشة أحوال أبنائهم والمشكلات التي يعانون منها ومحاولة تقريب وجهات النظر بينهم حتى يتقبلوا استراتيجية الدمج بينهم حتى يتقبلوا استراتيجية الدمج ويساهموا في إنجازها، وهذا يتطلب الآتي:

- فتح أبواب المدارس المتكاملة خلال العطلة الصيفية وكافة العطلات على مدار العام الدراسي لاستقبال الأطفال الأسوياء والمعاقين عقليا وتركهم يتفاعلون معاً ولفترات قصيرة تزيد تباعاً.
- اشتراك الآباء في صناعة القرارات الرئيسية الخاصة بوضع أبنائهم في المدارس والفصول المناسبة بجانب المشاركة في تحديد البرامج التي تقدم لهم مما لذلك من آثار طيبة لإنجاح استراتيجية الدمج.
- اشتراك الوالدين في عملية الرعاية المتكاملة كعنصر أساسي وهام في البرامج المختلفة للرعاية ويصاحب ذلك إرشاد وتوجيه الوالدين وإعدادهم للتعامل مع الطفل المعاق.
- تشجيع الجامعات ومراكز البحوث الاجتماعية والتربوية والصحية والقانونية وغيرها من الهيئات العلمية بمصر على إجراء البحوث والدراسات ومتابعة تجربة الدمج عن قرب لتذليل أي عقبات يمكن أن تعترض تلك التجربة وتقديم المشورة عن نشوء أي مشكلة ومحاولة حلها.
- تشجيع الدراسة في مجال التربية الخاصة بكافة السبل المتاحة وتوصية مجالس الكليات والجامعات بالحصول على عدد من المنح والبعثات والزيارات للوقوف على أحدث التطورت حتى يكتب لاستراتيجية الدمج النجاح.
- مناقشة كافة وسائل الإعلام والثقافة في مصر ببذل المزيد من الجهود لتوعية الأسرة والجمهور والمجتمع بضرورة الدمج والتكامل في المجتمع من جديد.

أنماط الدمج للمعاقين ذهنياً:

- النمط الأول هو الدمج الكامل: ويسمى أحياناً نموذج عدم الرفض، وهذه الأنشطة التعليمية تضع الأطفال شديدي الإعاقة في المدارس العادية، حيث توفر لهم منابع إضافية للرعاية والتعليم بشكل مثالي.
- النمط الثاني هو الدمج الجزئي: وهناك نوعان من الأنظمة التعليمية داخل هذا الإطار، الأول يخصص فيه إحدى الفصول الدراسية للأطفال المعاقين داخل المدرسة العادية يحصلون فيها على براجهم التعليمية الخاصة بهم. والثاني يتيح للأطفال

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

المعاقين الذين يتلقون تعليمهم في المدارس الخاصة أن يقضوا بعضاً من يومهم المدرسي داخل المدرسة العادية.

وبالرغم من المعاني المختلفة للدمج باختلاف النظم إلا أن ذلك لا يمثل مشكلة مادام هناك وعي بأن الدمج عبارة مختزلة للإشارة إلى عملية ديناميكية تستهدف إصلاح النظام التعليمي بكامله، وتوفير تعليم ملائم لكافة الأطفال وينبغي الترحيب بالتركيز على الدمج في إطار أي منظور يعلق أهمية على تكافؤ الفرص للجميع ويسعى إلى فك طوق العزلة عن المستبعدين من النظام العام.

أهمية دمج الأطفال المعاقين عقلياً في المدارس العادية:

تشير التقديرات الواردة في سلسلة من التقارير الدولية إلى أن 10٪ من سكان العالم معوقون،وقد تبين أن هذه النسبة ترتفع عن ذلك في البلدان النامية حيث تصل إلى 15٪ بل 25٪ في بعض المناطق من دول العالم الثالث، وهذه التقارير تعد بمثابة ناقوس الخطر لمدى الكارثة التي سوف نواجهها في مستقبل حياتنا الذي يفقد نسبة ليست بالقليلة من سكان المجتمع تعيش في عزلة عن مجريات الأمور، ولا يسعى المجتمع نحو إشراكها في حياته العامة.

ومن جهة أخرى هناك قصور واضح في مواجهة التحدي، إذ تقدر منظمة الصحة العالمية بأن الخدمات التي تقدمها المدارس الخاصة في الوقت الراهن لا تلبي سوى نسبة تتراوح بين 1، 2٪ من احتياجات الأشخاص الذين هم بحاجة إلى التأهيل في البلدان النامية.

وقد ترتب على إدراك حجم المشكلة وعلى زيادة التقدير لصواب مبادئ نقل إعادة التأهيل إلى البيئة العادية ودمجها فيها وإشراك جميع المعنيين بها زيادة أهمية الدور الذي ينبغي أن يؤدى داخل نظام المدارس العادية، ذلك أن الاحتياجات التعليمية والتدريبية لغالبية الأطفال المعوقين لا يمكن تلبيتها في المدارس الخاصة وحدها، وبالرغم من جميع النوايا الإنسانية والتربوية الطيبة التي تنطوي عليها تقاليد التعليم المنفصل، فإنه يوجد خطر كبير يتمثل في أن الحماية المفرطة قد تؤدي لزيادة الاعتماد على الغير في التعلم.

ولعل من أهم الأسباب الداعية إلى دمج الأطفال المعاقين عقلياً في المدارس العادية بالإضافة إلى ما سبق ما يلي:

1. دمج الأطفال المعاقين مع الأسوياء في المدارس العادية يتماشى مع حقوق الإنسان الأساسية، حيث أنه يعترف بالمعاقين كأشخاص لهم حقوق ويقلل من إمكانية النظر إليهم باعتبارهم وصمة عار، فالتأكيد على الدمج يعني الترحيب بالجميع وإتاحة الفرص المتساوية للجميع، ووقف التمييز العنصري تجاه أولئك المعزولين عن المجرى الأساسي للحياة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

2. في سياق التعليم للجميع ينبغي احترام ممارسة الحق الأساسي في التعليم المعترف به رسمياً بوصفه حقاً من حقوق كل إنسان، ويؤكد مبدأ التعليم للجميع على الحق في تعليم يناسب الاحتياجات الفردية للأطفال بغض النظر عن درجة إعاقتهم أو احتياجاتهم الخاصة، وينبغي أن تلبي الموارد المخصصة للتعليم احتياجات جميع الأطفال بغض النظر عن كونهم معوقين أم لا، فللمعوقين الحق في تربية شاملة ومقترنة بخدمات مستمرة، ابتداء من الكشف المبكر عن الإعاقة ومعالجتها مبكراً والتعليم المدرسي والتعليم المهني، وانتهاءاً بعيش حياة مستقلة في المجتمع.
3. في الاشتراطات التعليمية والمهنية لا يجب بالضرورة أن نهون من البيئات المنعزلة فالعزلة تؤدي إلى الابتعاد الكامل عن المجتمع، وهذا يتناقض مع الهدف من التعليم الذي يعتبر تمكين المرء من الاندماج في المجتمع كعضو فيه على أكمل وجه يمكن تحقيقه، ولاشك فإن مشاركة المعاقين في أشكال التعليم العادية المتاحة للأطفال والشباب سوف ييسر تحقيق هذا الهدف السابق.
4. إن حرمان الأطفال المعوقين عقلياً من فرص المشاركة في نظم التعليم المدرسي العادي في كافة أنحاء العالم ترتب عليه حرمان الطفل المعاق من حقه في الانتماء إلى المجتمع والإسهام فيه، على حين أن الإعاقات المختلفة ينبغي أن ينظر إليها على أنها تحد من احترام الشخصية الفريدة لكل فرد وإلى البحث عن وسيلة لتيسير عضوية الأطفال المعوقين في مدارسنا وفي المجتمع الأكبر.

الاتجاهات المتبادلة للأطفال المعاقين عقلياً والأطفال الأسوياء نحو الدمج معاً:

مما لا شك فيه أن أكثر فئات الإعاقة استفادة من سياسة الدمج هي فئة الإعاقة الذهنية، ولذا كان لابد لنا من الرجوع إليها للتعرف على اتجاهها نحو الدمج مع الأطفال الأسوياء في بعض نواحي الأنشطة التعليمية المتمثلة في (اللعب، الغناء، الرسم، الرحلات، تناول الطعام، تلقي الدروس، تكوين صداقات معاً) وكذلك بالمقابل هناك اتجاه للأطفال الأسوياء في مشاركة الأطفال المتخلفين عقلياً في هذه الأنشطة التعليمية السابق ذكرها.

وهدفت بعض الدراسات إلى التعرف على الاتجاهات المتبادلة في الأنشطة التعليمية المحددة سابقاً من خلال استجابة 18 بنت متخلفة عقلياً أعمارهن بين 12-19 سنة،ونسبة ذكائهن بين 25-66٪ واستجابة 31 بنت سوية بالصف الأول الإعدادي اشتركوا في بعض الأنشطة كاللعب والغناء والرسم والرحلات وتناول الطعام وتلقي الدروس وتكوين صداقات.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وأشارت النتائج إلى أن اتجاه البنات المتخلفات عقلياً نحو الدمج مع البنات الأسوياء في نواحي الأنشطة التعليمية كان اتجاهاً إيجابياً في مجمله، حيث تراوحت نسبة الاستجابة بنعم بين 55، 56٪ (الاتجاه نحو تناول الطعام مع البنات الأسوياء) و33، 83٪ (الاتجاه نحو الغناء مع البنات الأسوياء.

وفي المقابل نجد أن اتجاه البنات الأسوياء نحو الدمج في بعض الأنشطة التعليمية مع البنات المتخلفات عقلياً كان إيجابياً في خمسة نواحي، حيث كانت نسبة الإجابة بنعم على كل منها كما يلي: اللعب والغناء بنسبة 77.42 لكل منهما، والرسم بنسبة 74.19٪، وتلقي الدروس بنسبة 64.52٪، والرحلات بنسبة 58.06٪ بينما كان اتجاههن سلبياً في ناحيتين وهما تناول الطعام وتكوين صداقات مع البنات المتخلفات عقلياً، حيث كانت الإجابة بلا على كليهما بنسبة 61.29٪ ومن خلال تحليل مضمون الاستجابة بالقبول والرفض لدى كل منهن تبين أن هناك أسباباً لقبول الدمج من قبل البنات المتخلفات عقلياً تركزت في أن البنات السويات حلوين، وهن أصحابهن، ومن سنهن، وأنهن يحببنهن، سوف يستفدن من الدمج مع الاسوياء حيث يتعلمن منهن الرسم والغناء والألعاب المختلفة والكتابة، يتوسمن أن البنات لاسوياء سوف يساعدنهن في حل الحساب والإملاء والاستذكار لهن.

وبتحليل أسباب رفض الدمج لدى بعض البنات المتخلفات عقلياً فإن ذلك يرجع إلى كونهن لا يعرفن البنات الاسوياء، وهن لسن أصحاب لهن، يقمن بضربهن ويضحكن عليهن، وأنهن في مدرسة منفصلة، تعودن على القيام بكافة الأنشطة مع أصحابهن في القسم الخاص فقط.

أما أسباب قبول الدمج من قبل البنات لاسوياء مع البنات المتخلفات عقلياً فهي تتركز في عدم إحساسهن بالنقص ولا نجرح مشاعرهن، أنهن بشر مثلنا ونحن أخوة، أحبهن وأحب أن أسعدهن وأعلمهن، لأنهن ظريفات ولطيفات وطيبات، لعبهن مسلي، موهوبات في الرسم والغناء، لكي أتعرف عليهن، لأساعدهن وأنمي عقلهن وأشرح لهن وأعلمهن وأصحح لهن الأخطاء.

وفيما يتعلق بأسباب رفض البنات لاسوياء الدمج مع البنات المتخلفات عقلياً تركزت الإجابات بالخوف منهن، ليس لي أصدقاء منهن، لا أعرفهن، لا يوجد فرصة للتواجد معهن، قدرتهن محدودة، لأنهن لا يتكلمن معنا لا أعرف كيف أتفاهم معهن، المدرسة لا تسمح لنا بذلك.

وهكذا يتضح أن الاتجاه نحو الدمج بين الأطفال المتخلفين عقلياً والأطفال الأسوياء، هو اتجاه مقبول لدى أغلب الأطفال سواء المتخلفين أو الأسوياء، وإذا كان هناك قل من

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الأطفال لا يرحبون بإجراء الدمج فإن مرجع ذلك هو الانفصال القائم بينهم في المدارس، ومن ثم فليس هناك فرصة للتعارف والمشاركة معاً، بل هناك تعليمات لكل من الطرفين بعدم الحديث مع الطرف الآخر، وبالتالي يتجنب كل منهما الآخر، الأمر الذي أدى إلى تكوين مفهوم خاطئ لكل طرف عن الآخر.

ولعل العمل على تنفيذ سياسة الدمج التي بمقتضاها يكون للطفل المعاق ذهنياً مكانة بالمدرسة العادية على قدم المساواة مع الطفل السوي، لعل ذلك الإجراء يساهم في أن يتعرف كل طرف على الآخر وفهمه حق الفهم ومشاركته دون رهبة ومساعدته إذا تطلب الأمر ذلك.

الإجراءات الضرورية لدمج الأطفال المعاقين عقلياً بالمدارس العامة:

عند الأخذ بسياسة الدمج فإنه من الأهمية بمكان أن نبدأ مبكراً في إدماج الأطفال المعاقين مع الأسوياء في المدارس العامة وكافة مجالات الحياة في المجتمع، ولا ننتظر حتى يتم تعليمهم وتدريبهم منعزلين، فقد تؤدي هذه العزلة إلى مزيد من السلوك سيء التكيف.

ولتدعيم سياسة الدمج فإنه يجب أن يقوم مدرسوا التربية الخاصة بالمرور بصفة منتظمة على المدارس العادية كي يساعدوا مدرسي الفصول العادية، وكذلك كي يقوموا بالتدريس للأطفال المعاقين، وعندما تحول جسامة الإصابة دون الدمج الكامل في الصفوف العادية، فإنه يجب أن يكون للتلاميذ كلما أمكن ذلك مكانهم من الناحيتين الاجتماعية والتعليمية في قاعات الدراسة العادية، وأن يحصلوا على قدر من التعليم المساعد والتعويضي خارج قاعات الدراسة فرادى أو في مجموعات.

ثالثاً: نموذج لإعداد برنامج للدمج التربوي للأطفال المعاقين ذهنياً مع أقرانهم العاديين:

مقدمة:

خطوات إعداد برامج الدمج:

- **تحديد مفهوم الدمج:**

الدمج هو إتاحة الفرص للأطفال المعوقين عقلياً للانخراط في نظام التعليم الخاص كإجراء للتأكيد على مبدأ تكافؤ الفرص في التعليم، ويهدف إلى الدمج بشكل عام إلى مواجهة الاحتياجات التربوية الخاص للطفل المعوق عقلياً ضمن إطار المدرسة العادية ووفقاً لأساليب ومناهج ووسائل دراسية تعليمية ويشرف على تقديمها جهاز تعليمي متخصص إضافة إلى كادر التعليم في المدرسة العامة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ينظر إلى برنامج الدمج على أنه من أهم الوسائل وأنسبها لتقديم الخدمة الأكبر عدد ممكن من الأطفال المعاقين عقلياً للانخراط في المدارس العادية.

- **تحديد أهداف الدمج:**
- إتاحة الفرصة لجميع الأطفال المعوقين عقلياً للتعليم المتكافئ والمتساوي مع غيرهم من الأطفال.
- إتاحة الفرصة للأطفال المعوقين عقلياً للانخراط في الحياة العادية.
- إتاحة الفرصة للأطفال غير المعوقين للتعرف على الأطفال المعوقين عقلياً عن قرب وتقدير مشاكلهم ومساعدتهم على مواجهة متطلبات الحياة.
- خدمة الأطفال المعوقين في بيئتهم المحلية والتخفيف من صعوبة انتقالهم إلى مؤسسات ومراكز بعيدة عن بيتهم وخارج أسرهم وينطبق هذا بشكل خاص على الأطفال من المناطق الريفية والبعيدة عن مؤسسات ومراكز التربية الخاصة.
- استيعاب أكبر نسبة ممكنة من الأطفال المعوقين عقلياً الذين لا تتوفر لديهم فرص للتعليم.
- تعديل اتجاهات أفراد المجتمع وبالذات العاملين في المدارس العامة من مدراء ومدرسين وأولياء أمور.
- **تحديد أنواع الدمج:**

الدمج المكاني: وهو اشتراك مؤسسة التربية الخاصة مع مدارس التربية العامة بالبناء المدرسي فقط بينما تكون لكل مدرسة خططها الدراسية الخاصة وأساليب تدريب وهيئة تعليمية خاصة بها وممكن أن تكون الإدارة موحدة.

الدمج التعليمي: إشراك الأطفال المعوقين مع الأطفال الغير معوقين في مدرسة واحدة تشرف عليها نفس الهيئة التعليمية وضمن البرنامج المدرسي مع وجود اختلاف في المناهج المعتمدة في بعض الأحيان.

يتضمن البرنامج التعليمي صف عادي وصف خاص وغرفة مصادر.

الدمج الاجتماعي: التحاق الأطفال المعوقين عقلياً بالصفوف العامة بالأنشطة المدرسية المختلفة كالرحلات والرياضة وحصص الفن والموسيقى والأنشطة الاجتماعية الأخرى.

الدمج المجتمعي: إعطاء الفرص للمعوقين للاندماج في مختلف أنشطة وفعاليات المجتمع وتسهيل مهمتهم في أن يكونا أعضاء فاعلين ويضمن لهم حق العمل باستقلالية وحرية التنقل والتمتع بكل ما هو متاح في المجتمع من خدمات.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- **التعرف على إيجابيات الدمج:**
- تقليل الفوارق.
- إعطاء فرصة للطفل المعوق عقلياً ضمن البيئة التعليمية والانفعالية والسلوكية.
- تخليص أسرة الطفل المعوق من الوصمة Stigma جراء الشعور بحالة العجز التي تدعمت بسبب وجود الطفل في مركز خاص.
- يساعد الطفل المعوق على تحقيق ذاته ويزيد دافعيته للتعلم ويكون علاقات.
- يساهم في تعديل اتجاهات الناس والأسرة والمعلمين والأطفال في المدرسة العامة.
- يساعد فئات الأطفال الغير معوقين على التعرف عن قرب والذي يتيح لهم تقدير أفضل وأكثر موضوعية وواقعية لطبيعة مشكلاتهم واحتياجاتهم وكيفية مساعدتهم.
- يساعد في تخفيض الكلفة الاقتصادية المترتبة على خدمات التربية الخاصة في المؤسسات حيث تصل رعاية الطفل تحت 10 سنوات إلى حوالي 2500 دولار أمريكي رعاية فقط دون أية علاجات أخرى فيزيائية أو نطق أو طبية.
- يرسخ قاعدة الخدمات التربوية للأطفال المعوقين عقلياً الأمر الذي يترتب عليه التوسع في قاعدة قبول الأطفال خصوصاً الذين لاتتاح لهم فرصة الالتحاق في المراكز المتخصصة.
- يساهم بشكل فعال في علاج المشكلات النفسية والاجتماعية والسلوكية لدى أطفال المدرسة العامة.
- **مراعاة السلبيات في عملية الدمج:**
- يعمل الدمج على زيادة الهوة بين الأطفال المعوقين وأطفال المدرسة خصوصاً إذا اعتبر التحصيل التعليمي الأكاديمي معياراً للنجاح.
- قد يؤدي إلى زيادة عزلة الطفل المعوق عن المجتمع المدرسي خصوصاً عند تطبيق فكرة الصفوف الخاصة أو غرفة المصادر دون برنامج مدروس.
- قد يساهم إلى تدعيم فكرة الفشل عند المعوقين وبالتالي التأثير على مستوى دافعيتهم نحو التعلم خاصة إن كانت متطلبات المدرسة تفوق قدراتهم.
- لابد من التأكيد أن الدمج ليس هدفاً بحد ذاته وإنما وسيلة لتوفير أفضل فرص التعلم الممكنة للأطفال المعوقين عقلياً بقصد إعدادهم لمواجهة متطلبات الحياة لذلك يحتاج الدمج إلى توفر بعض الشروط.
- الاختيار السليم والمناسب للمدرسة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- تدريب وتثقيف المعلمين بشكل يناسب مع أهداف البرنامج ويحقق التقبل المطلوب لفكرة الدمج.
- الاختيار السليم والمناسب لمجموعة الأطفال المراد دمجهم.
- إشراك أولياء الأمور في التخطيط للبرنامج بكافة مراحله.
- ضرورة تهيئة أطفال المدارس العامة للبرنامج وتعريفهم بخصائص الأطفال المطلوب إدماجهم.

الأسس التي يجب مراعاتها في البرنامج:

- تعريف الدمج بصورة إجرائية ودقيقة خالية من اللبس.
- تعريف الفئة المستهدفة من برنامج الدمج بصورة تساعد على تحديد معايير لاختيارهم بما يتناسب مع ظروفهم.
- **التخطيط لبرنامج الدمج:**
- حصول الطفل المعوق المطلوب إدماجه على قدر من التعليم لا يقل مستواه عن مستوى البرامج المطبقة في مراكز الرعاية الخاصة.
- أن لا يؤثر وجود الطفل المعوق عقلياً في المدرسة العامة بأي حال من الأحوال على برنامج المدرسة ومستوى طموح وتقدم أطفالها من غير المعوقين.
- لابد من التأكيد أنه يجب أن لا يعتبر الدمج هدفاً بحد ذاته وإنما وسيلة لتوفير أفضل الفرص من التعليم الممكنة للأطفال المعوقين عقلياً بقصد إعدادهم لمواجهة متطلبات الحياة لذا فإن إلحاق الأطفال المعوقين عقلياً في المدارس العامة يحتاج إلى ضمان توفير الشروط التالية:
- تدريب وتثقيف المعلمين بشكل يناسب مع أهداف البرنامج ويحقق التقبل المطلوب لفكرة الدمج والأطفال المطلوب دمجهم.
- الاختيار السليم والمناسب لمجموعة الأطفال المطلوب دمجهم للتأكد من حسن استفادتهم من أهداف البرنامج.
- ضرورة ملحة لاشتراك أولياء الأمور في التخطيط للبرنامج بكافة مراحله.
- ضرورة تهيئة أطفال المدارس العامة للبرنامج وتعريفهم بخصائص الأطفال المطلوب إدماجهم لخلق أجواء إيجابية للتقبل فيما بينهم.
- **الأسس التي يجب مراعاتها في التخطيط للدمج:**
- تعريف الدمج بصورة إجرائية ودقيقة خالية من اللبس.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- تعريف الفئة المستهدفة من برنامج الدمج، أي مجموعة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بصورة تساعد على تحديد معايير لاختيارهم بما يتناسب مع البرنامج.
- تحديد أغراض وأهداف البرنامج (بعيدة المدى وقريبة المدى) على أن يتم صياغتها بصوره موضوعية قابلة للتحقيق.
- تحديد نوع البرنامج من حيث الفترة الزمنية.
- تحديد طبيعة البرنامج في صف عادي أو خاص أو غرفة المصادر.
- تحديد نوعية البرنامج التعليمي المطلوب تطبيقه.
- مناهج عادية دون أية خدمات تربية خاصة.
- مناهج مناظرة للمناهج العادية مضافاً إليه خدمات التربية الخاصة.
- منهاج موازي ومعدل للمنهاج العادي في مستوى صعوبته مع ثبات الأهداف التعليمية مضافاً إليه خدمات تربية خاصة.
- منهاج الصف الأدنى العام مضافاً إليه خدمات تربية خاصة.
- منهاج المهارات الأكاديمية العلمية متشابهة للمنهاج العادي في الأهداف على نحو عام لكنه يحتوي تعديلات أساسية كحذف أو إضافة بعض الأجزاء.
- منهاج الكفايات الوظيفية وهو منهاج خاص ذو أهداف مشتقة من الاحتياجات الخاصة للأطفال خصوصاً في مجال الأنشطة الحياتية المختلفة وقد يتضمن هذا المنهاج تدريباً على الحركة ولغة الإشارة وطرق الاتصال الأخرى والتدريب النطقي ..إلخ.
- منهاج خاص في موضوعاته أو جوانب محددة مثل مهارات أكاديمية أو مهارات اجتماعية أو مهارات مهنية.

- **الأسس التي يجب أن تتوفر في الأطفال ذوي الإعاقة العقلية:**
- يجب أن يكون الطفل المعوق عقلياً من نفس الفئة العمرية لأطفال المدرسة العامة.
- أن يكون الطفل المعوق من سكان نفس البيئة أو المنطقة السكنية التي تتواجد فيها المدرسة أو أن يكون مكان سكنه قريباً من المدرسة وذلك تجنبا لصوبة المواصلات والتكيف البيئي.
- أن لايكون الطفل مزدوج أو متعدد الإعاقة إلا في حدود التي لا تؤثر على مدى استفادته من البرنامج.
- أن يكون الطفل قادر على الاعتماد على نفسه في إتقان مهارات العناية الذاتية أي أن يكون قادراً على استعمال الحمام وأن يتقن مهارات اللبس والخلع.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- أن يكون لدى الطفل القدرة على التمشي مع ظروف المدرسة ونظام المدرسة العامة ويتم ذلك من خلال لجنة تتألف من مدير المدرسة والأخصائي النفسي ومعلم الطفل والأخصائي الاجتماعي وأخصائي القياس وعلى الجميع دراسة ملف الطفل الذي يبن حالته الصحية والاجتماعية والظروف الأسرية ونموه التعليمي والتقارير الشخصية مع الاستفادة من ملاحظات الأهل ومعلومات وإجراء الاختبارات والمقاييس اللازمة.
- **الأسس التي يجب مراعاتها في اختيار المدرسة:**
- ضرورة توفير التقبل والرغبة في التعاون والاستعداد للالتزام بتنفيذ البرنامج كما هو مخطط له من جان بكل من مدير المدرسة والجهاز التعليمي فيها من الأركان الأساسية التي يعتمد عيها لجاح أي برنامج للدمج.
- يجب أن تكون المدرسة قريبة من مكان إقامة الطفل.
- أن تتوفر في المدرسة للوسائل التعليمية المناسبة.
- أن تتوفر في المدرسة مرشدة/ مرشد اجتماعي وأخصائي اجتماعي بشكل متفرغ.
- أن يتم توفير معلم متخصص للعمل مع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في المدرسة إذا لم يكن متوفر من بين طاقم المعلمين العاملين في المدرسة.

مراحل وخطوات الدمج:

- مرحلة اختيار الأطفال المعوقين عقلياً المستهدفين من برنامج الدمج.
- مرحلة اختيار المدرسة العامة.
- مرحلة تحديد برنامج الدمج.
- مرحلة تدريب الكادر التعليمي العامل في المدرسة العامة.
- مرحلة تعريف أطفال المدرسة العامة بالبرنامج وتزويدهم بالمعلومات المناسبة عن الطلاب المعوقين عقلياً المستهدفين من برنامج الدمج.
- مرحلة تحديد المنهاج الدراسي والخطط والوسائل والأساليب التعليمية المناسبة.
- مرحلة الاجتماع بأولياء أمور الاطفال.
- تحديد نماذج التسجيل والمتابعة اللازمة للبرنامج.
- **مرحلة تنفيذ البرنامج:**

مرحلة التقييم والمتابعة:

إن برنامج الدمج يجب أن يكون متاحاً لجميع الأطفال وبتعليم الأطفال ضمن المنهاج العام ويكون الطفل ضمن برنامج تربوي عادي وفي صف عادي وتقدم البرامج التربوية

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

التي تتحدى وتتوافق في نفس الوقت مع إمكانيات جميع الأطفال واحتياجاتهم كما يشمل مفهوم البرنامج على أن يحظى كل طفل بالتقبل والدعم من أفراد مجتمع المدرسة وأطفاله ومعلمين وإدارة بحيث تصبح المدرسة العادية مدرسة تدعميه لكل أفرادها وتقوم بتلبية احتياجاتهم ويتحملون بدورهم المسئولية تجاه بعضهم البعض.

إن الدمج بالمفهوم الشمولي يقوم على كيفية مساعدة فئة معينة من الأطفال المعاقين عقلياً على خلق بيئة صفية ومدرسية تدعيمية تهدف إلى تلبية احتياجات كل فرد أما كيف يمكن أن نصل إلى هذه البرامج فعلى المربون في مجالي التربية الخاصة والعامة معاً التوصل إلى هدف إيجاد تربية فعالة وملائمة للجميع أن وجود الدمج لايعني الاستغناء عن خبرات تجارب معلمي المراكز أو المدارس المختصة وبالمختصر لا يمكن دمج جميع الأطفال بنجاح مالم يتم دمج الخبرات والمصادر التربوية.

إن من أهم إيجابيات الدمج أنه يستند على المساواة وتكافؤ الفرص وتثمين الدمج، أما عن اختلاف القدرات والإمكانيات وفي برنامج الدمج وضمن الصف يمكن أن تتعدد المستويات فعلى سبيل المثال تتم المناداة على طفل لتحديد موقع على الخريطة والتحدث عن نظامها الاقتصادي في حين يطلب من آخر تحديد لون المقاطعة وفي درس القراءة يطلب من تلميذ أن يقرأ جهراً وآخر أن يستمع أي قصة ويجيب على الأسئلة وثالث ينتقي الصور وأن القصد من هذا المثال توضيح فكرة أنه في الصفوف المتنوعة غير المتجانسة القدرات يكون الهدف من إشراك الأطفال في نشاط جماعي أو فردي أن يستند إلى فهم ما يحتاج الطفل فهمه وما يحتاج أن يتعلمه وهذا يتطلب طائفة من الأنشطة المتنوعة وأيضاً هذا لا يعني خفض مستوى المعيار التربوي لأن الطفل بغض النظر عن تصنيفه لابد من تحدي الطفل إلى أفضل مستوى يستطيع الوصول إليه وتحديات الطفل مستندة إلى حاجاته وإمكانياته الفردية لتحيق مبدأ المساواة التربوية.

إن حجم مشاركة الأطفال في هذا التعليم المتعدد المستويات يفرض أحياناً وجود مجموعات غير متجانسة وإن بعض الأطفال على أي حال يحتاجون إلى أن يكونوا في مجموعات متجانسة من حين لآخر بناء على حاجاتهم وقدرتهم أو لإتقان لغة معينة مثل بريل أو التدريب على الإشارات وإن حدث ذلك يجب أن يتم بناءه على احتياجات الأطفال بناء على تصنيفهم من هنا ياتي دور غرفة المصادر أو الصف الخاص أن التعليم متعدد المستويات يرتكز على الفرضية القائلة بأن جميع الأطفال يمكنهم التعليم وغن بعضهم بحاجة إلى دعم إضافي أو بعض التغيير في البرامج المتبعة وأن الطفل الذي يفهم الفكرة المطروحة في الصف أو الفصل لكنه ابطأ من باقي أفراد المجموعة فهو أمام خياران أو

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الحصول على وقت إضافي لفهم الفكرة موضوع الدراسة من دون أن ينهي الاختبارات المطلوبة.

حيث إن فئات المعوقين عقلياً البسيطة والمتوسطة وبعض متعددي العوق من أكثر الفئات التي تحتاج إلى الدمج.

يحتاج المعوق ذهنياً قبل إجراء برنامج الدمج إلى تدريبه على مجموعة من المهارات أهمها العناية الذاتية والمهارات الحركية ومهارات النطق ومهارات اجتماعية ومهارات القراءة والمتابعة ومهارات حسية ووظيفية ومن الواضح أن هذه الفئات تحتاج إلى تدريب مسبق ومتقن يسبق أي عملية دمج ولابد أن نذكر أن دمج هؤلاء الأطفال دون إخضاعهم إلى برامج تدريبه قبل الدمج سيؤدي إلى نتائج عكسية.

- **مرحلة اختيار المدرسة:**

يعتمد تحديد برنامج الدمج على فئة الأطفال المستهدفين من البرنامج ويمكن تصنيف برامج الدمج وفقاً للمستويات التالية:

- الصف العادي وضع الأطفال في صف عادي وإخضاعهم لنفس البرنامج مع توفير غرفة مصادر يتلقى فيها الطفل المعوق عقلياً الملتحق في الصف العادي تعليماً وتدريبا خاصاً يتوافق مع احتياجاته التعليمية الخاصة وتهدف غرفة المصادر إلى تزويد الطفل وتدريبه على المهارات اللازمة التي تتناسب مع احتياجاته التعليمية ليواكب بصورة أسرع مع متطلبات المنهاج الدراسي وذلك لمنع أي فشل في مشروع الدمج فالطفل الكفيف مثلاً يحتاج إلى التدريب على مهارات الحركة والاستقلالية والحواس والتدريب على برايل بينما يحتاج الأصم إلى مهارات أخرى مثل التواصل الرمزي أو الشفهي أو التدريب على النطق ومن هنا فإن العمل في غرفة المصادر يحتاج إلى فريق عمل متخصص.
- الصف الخاص هو الصف الذي يقضي به الطفل المعوق معظم وقته ويتلقى تعليمه على يدي مدرب خاص ويكون للصف الخاص مستويات:
- صف خاص لطول اليوم الدراسي.
- صف خاص لجزء من اليوم الدراسي ويتم الدمج أثناء أوقات الفراغ أو حصص النشاط مثل الفن والموسيقى والرياضة والتربية المهنية وغيرها من الأنشطة الأخرى.

- **مرحلة تدريب الكادر التعليمي في المدرسة العامة:**

- يعتبر الكادر التعليمي العامل في المدرسة العامة من العناصر الأساسية التي يعتمد عليهالجاح أو فشل برنامج الدمج، من هنا فمن الضروري اتباع الخطوات التالية للتأكد من أن الكادر التعليمي سيكون عنصراً لنجاح برنامج الدمج وليس فشله.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- ضرورة دراسة طبيعة اتجاهات الكادر التعليمي وأفكارهم ومعلوماتهم عن فئة الأطفال المستهدفين من برنامج الدمج.
- ضرورة تزويدهم بالمعلومات المناسبة والضرورية حول طبيعة الاحتياجات التربوية لهؤلاء الأطفال وأساليب وطرق مواجهتها.
- دعوة الكادر التعليمي بالمدرسة لزيارة المؤسسات المتخصصة المختارة لتعريفهم عن قرب على طرق وأساليب التعامل مع هذه الفئات من الأطفال.
- عقد المحاضرات والندوات العلمية والدورات التدريبية المناسبة بهدف تزويد الكادر التعليمي بأهم المعلومات والمهارات والأساليب اللازمة للتعامل مع الأطفال المعوقين عقلياً خلال برنامج الدمج.

- **مرحلة تعريف أطفال المدرسة العامة بالبرنامج:**

يعتبر أطفال المدرسة العامة من العناصر الهامة جداً والأساسية لنجاح برنامج الدمج أو فشله لذا لابد من تهيئتهم لبرنامج الدمج وخلق الاستعداد لديهم لتقبل الأطفال المعوقين عقلياً ويتبعون ذلك بإتباع الخطوات التالية:

- عقد مجموعة من المحاضرات حول مواضيع التربية الخاصة وتعريفهم بأنواع الإعاقات والخصائص التي تميز شخصيات الأطفال المعوقين مع التركيز على قدراتهم الخاصة والجوانب الإيجابية في حياتهم.
- مثلاً: عرض أفلام مناسبة عن الأطفال المعوقين عقلياً خصوصاً ما يتناولنها من برامج الدمج في المدارس العامة أو زيارة مدارس يتم فيها الدمج وإجراء لقاءات مع الأطفال والمعلمين.

- **مرحلة تحديد المنهاج الدراسي:**

يعتمد تحديد النهاج الدراسي وخطط وأساليب التعليم المناسبة على فئة الأطفال المعوقين عقلياً المستهدفين من برنامج الدمج وعلى طبيعة البرنامج ذاته لكن من المهم التأكيد على المبادئ التالية:

- ضرورة اختيار المعلم المناسب.
- ضرورة اختيار الأساليب والوسائل التعليمية المناسبة.
- ضرورة تحديد الأهداف التعليمية بطريقة قابلة للملاحظة والقياس.
- ضرورة تحديد المعززات المناسبة وأساليب استخدامها بطرق تساعد على سرعة اكتساب الطفل للمعلومات والمهارات المرسومة في الأهداف التعليمية مع مراعاة مبدأ النجاح يقود إلى النجاح.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- ضرورة الاستفادة من كل الإمكانيات والموارد المتوفرة في المدرسة بما يضمن الوصول لأهداف المقررة.
- ضرورة اختيار أدوات القياس المناسبة.
- ضرورة توثيق الملاحظات ونتائج القياس يصوره تسهل الارتقاء بالأهداف من مرحلة إلى المراحل التي تليها.

- **مراحل الاجتماع بأولياء الأمور**

- قبل البدء ببرنامج الدمج لابد من التعرف على اتجاهات أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية نحو عملية الدمج وتهيئتهم لها ومناقشة كافة الأمور المتعلقة ببرنامج الدمج ومدى استفادة أطفالهم جراء البرنامج وتخليصهم من أية مشاعر سلبية تجاه أطفالهم في المدرسة العامة حيث يشعر بعض أولياء الأمور بأن ابنائهم ربما يكونون محط سخرية من باقي أطفال المدرسة كما أنهم يشعرون بتدني قدرات أطفالهم وعدم تمكنهم من مجازاة باقي الأطفال الأمر الذي قد يعرضهم لخبرت فشل ربما تزيد من عزلتهم.

إن مثل هذه المشاعر إذا وجدت تحتاج إلى مجموعة من الخطوات أهمها:

- عقد لقاءات فردية مع الأهالي من قبل المرشد النفسي أو الأخصائي الاجتماعي.
- القيام بزيارات منزلية للوقوف على طبيعة اتجاهات باقي الأسرة ونمط العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة والتعرف على نقاط القوة التي يمكن استغلالها لصالح الطفل.
- عقد لقاءات جماعية بين أولياء الأمور وأخصائي الإرشاد تبادل الخبرات والأراء بين أولياء الأمور ولابد من الاجتماع بأولياء أمور أطفال المدرسة العادية للتأكد من تقبلهم لفكرة الدمج ومعرفة ردود فعلهم.
- نماذج التسجيل والمتابعة والسجلات.
- نموذج دراسة اجتماعية شاملة تتضمن كافة المعلومات اللازمة عن الطفل وحالته وظروف إعاقته وظروفه الأسرية من كافة الجوانب.
- التقرير الطبي والتقرير التشخيصي.
- نماذج القياس.

نموذج الخطة التربوية والتعليمية الفردية تتضمن:

- الأهداف العلمية العامة.
- الأهداف التعليمية الخاصة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- أساليب التعليم المناسب.
- الوسائل التعليمية المناسبة.
- المعلومات والمهارات المراد تعليمها للطفل.
- أساليب التقويم المناسبة.

للدمج أثره الطيب إذا توافرت فيه مسببات النجاح، حيث تأخذ المعاق من مجتمعه المنغلق إلى مجتمع أوسع.

المؤثرات البيئية في فترة ما قبل الحمل:

أشارت الأبحاث الحديثة إلى أن حالة الأم الجسمية والانفعالية وبالتالي بيئة ماقبل الولادة التي توفرها الأم لجنينها لها آثار هامة على مجرى تطور نمو الجنين وعلى صحته وتوافقه من بعد ذلك ومن أهم العوامل التي وجد أنها ذات أهمية في تطور النمو في فترة ماقبل الولادة.

سن الأم: تدل الإحصاءات أن إنجاب المرأة يكون أكثر أماناً إذا وقع بما بين سن العشرين والخامسة والثلاثين على الرغم من عملية الحمل والولادة أصبحت عملية أكثر أماناً بسبب التطورات في العلوم الطبية الحديثة إلا أن صغر المرأة عن العشرين وتجاوزها للخامسة والثلاثين قد يترتب عليه مخاطر سيئة.

ومن ذلك مثلاً الأمهات المراهقات يواجهن قدراً أكبر من مخاطر (التكسيما) أو تسمم الحمل Txoemia وهو اضطراب لا يعرف مصدره يتضمن ارتفاع في ضغط الدم وازدياد الوزن بإفراط والاحتفاظ بالسوائل في الأنسجة والأنيميا (نقص في خلايا الدم الحمراء وفي الحديد) ومضاعفات المخاض أو آلام الوضع والولادة المبتسرة كما أن النسوة اللاتي يضعن أول مولود لهن عند سن الخامسة والثلاثين أو ما بعد يزداد تعرضهن عن النسوة الأصغر سناً للأمراض أثناء الحمل ويكون المخاض عندهن أطول وأصعب كما يحتمل أن يخرج المولود وبه اختلال في الصبغيات ومن ذلك مثلاً احتمال وقوع دوان Down, s. Syndrone كلما يزداد زاد سن المرأة حتى يصل إلى نسبة واحد من أربعين عند سن الخامسة والأربعين، كما أن هناك احتمال أن يخرج المواليد أقل من الوزن المعتاد والطبيعي أو أن يولدوا أمواتاً وكلما تقدم السن بالمرأة ازداد احتمال التعرض لهذه المشكلات ولكن النسبة المطلقة لانتشار المضاعفات الخطيرة لجدها مع ذلك صغيرة نسبياً.

تغذية الأم: إن الازدياد بالوزن ليس أمراً صحياً أن تجاوز الحدود الطبيعية ولكن من الضروري جدا أن تتناول المرأة الحامل طعاماً متوازناً تتحقق معه صحة الأم والطفل معاً ومن العناصر الشديدة الأهمية في إبقاء التوازن البورتين الكافي لأن الأولاد الذين يولدون

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ونقس للبروتين أكثر تعرضا للأمراض الخطيرة وضف إلى ذلك أن الأطفال الذين تنجبهم أمهات تعرضن لسوء التغذية بدرجة خطيرة قد يصابون في قواهم العقلية.

العقاقير: قد يتأثر الجنين بجرعات قليلة جداً من العقاقير والتي تؤدي إلى تشوهات ومنها أدوية المخدرات وأدوية المضادات الحيوية والجرعات المفرطة وفي بعض الفيتامينات.

وأيضا للتبغ آثار ضارة على الجنين منها نقص الوزن عند الولادة وصغر العظام وقصرها.

الكحول: يولد طفل الأم التي تتعاطى الكحول (بمرض إدمان الخمر عند الأجنة) وهو مرض ينتج عن إفراط الأم المزمنة من شرب الخمر والأبحاث دلت أن معدل الإصابة بهذا المرض يبلغ حوالي اثنين بالمائة وإن كانت الأم تشرب كمية من الخمر تزيد عن 2، 3 أوقية في اليوم وأعراض مرض إدمان الخمر عند الجنين تتضمن التأخر الشديد في النواه داخل الرحم والولادة المبتسرة والصغر المفرط في حجم الدماغ وطائفة متنوعة من التشوهات بما في ذلك مشكلات ولادية في العين والأذن وعيوب في القلب وازدياد عدد أصابع اليدين والقدمين واضطراب في أنماط النوم.

لإشعاع: الإشعاع من العوامل التي تكون خطيرة جدا على الطفل قبل الولادة آشعة X وتبدأ التأثيرات السلبية منذ الإخصاب وتنتهي بأن تغرز البويضة نفسها في الرحم فإنها تؤدي إلى تدمير البويضة بصفة دائمة تقريباً ثم لجد أخطاراً كبيرة من التشوهات تقع ما بين الأسبوع الثاني والأسبوع السادس من بعد الإخصاب ولعل أبشع أنواع الضرر الذي تحدثه آشعة أكس هو ما يقع على جينات الطفل ووقوع التحولات Mutations فيها التي قد لا تلمس آثارها لعدة أجيال ولذلك فإن تجنب آشعة أكس من المسائل الضرورية جدا جداً.

بعض الأمراض التي تؤثر على صحة الأم:

- **الحصبة الألمانية Rubella:**
- بعض الأمراض الفيروسية مثل الجدري Chicken pox
- مرض ينتج عن عدوى من الاتصال بالقطط أو أكل اللحم الأحمر بدون طبخ toxoplasmosis ويكون شديد الخطورة عند الأطفال
- الزهري syp hilis يؤثر هذا المرض على الجنين ويؤدى إلى الإجهاض أو إلى ولادة تشوهات تؤدي إلى تأخر عقلي وفي بعض الحالات لا تنضج أعراض هذا المرض إلا بعد سنوات.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- التوكسيما toxemia اضطراب غير معروف السبب يتميز بارتفاع في ضغط الدم وازدياد الوزن السريع والأطفال الذين كانت أمهاتهم مصابة خلال الحمل يتعرضون لمخاطر انخفاض الذكاء.
- **الحالات الانفعالية:**

تتأثر استجابات الجنين وتطور نموه بأن يكون عند الأم من حالات انفعالية مثل الإجهاز stress تؤدي إلى تغيرات في كيمائيات في الدم لتنشيط الجهاز العصبي مما يؤدي بالغدد الصماء إلى أن تطلق بعض المواد الكيميائية المعينة في مجرى الدم وتكون هذه التغيرات مضايقة ومؤذية للجنين وقد بينت أحد الدراسات أن تحركات الأجنة تتزايد بنسبة سبعة أضعاف عندما تتعرض الأمهات للإجهاد الانفعالي وإن استمرت حالة الضيق الانفعالي عند الأم عدة أسابيع استمرت حركة الجنين ونشاطه بمعدل مرتفع طوال فترة الحمل بأكملها أما إذا كانت فترات الانفعال عند الأم قصيرة فإن القابلية الزائدة للتهيج لا تدوم في العادة أكثر من بضع ساعات وأما الإجهاد النفسي الطويل أثناء الحمل سواء كان بسبب مشاكل زوجية أو مشاكل أخرى فإن ذلك يترتب عليه وجود مشاكل دائمة عند الطفل وقد يولد الطفل أخف وزناً وذات نشاط زائد وكثير التلوي وتظهر مشاكل عدم القابلية للطعام وكثرة التبرز إلى حد بالغ والأم بسبب الغازات واضطراب في النوم وإفراط في البكاء.

- **عملية الولادة:**

إن الطفل بطيء التنفس من المحتمل أن تتعرض خلايا المخ عنده إلى الحرمان من الأوكسجين الكافي مما يؤدي إلى إعطاب في الدماغ ومن الآثار الشائعة للحرمان من الأوكسجين عند الأطفال فقد تظهر عليهم الشلل في السيقان أو الأذرع أو ارتعاش الوجه والأصابع أما العجز عن استخدام العضلات الصوتية أو (شلل دماغي).

- **الابتسار rematurity:**

عند بلوغ الأسبوع الثامن والعشرين من الحمل تشكل نقطة زمنية حرجة إذ أنها تحدد الخط الفاصل بين مواصلة الحياة أو عدم مواصلتها إن حدثت الولادة المبكرة وفي معظم الحالات تجد أن الأطفال الذين تقل فترات حملهم عن ست وعشرين أسبوعاً قد تنقص أوزانهم بصفة عامة ويعجزون عن مواصلة الحياة وأما الأطفال الذين يكونون على درجة بسيطة من الابتسار تصل من 34 إلى 38 أسبوعاً وإن كانت أوزانهم ملائمة لطول فترة حملهم يشبهون الأطفال من مواليد الحمل الكامل لا في كل الوجوه ولكن في كثير منها ولو أنهم يكونون أقل نضجاً وأكثر قابلية للتعرض للمرض وتزداد أوزانهم ببطء ولابد من الإشراف المباشر عليهم.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

لقد تمكن الكثير من المواليد المبتسرين من مواصلة النمو بصورة سوية بفضل نظام الرعاية (غرف الحضانة) ذات المستوى التكنولوجي المتقدم في المراكز والمستشفيات الطبية.

- **تجاوز النضج postmaturity:**

الولادة قبل الأوان ليست الخطر الوحيد فإن الأولاد الذين يولدون متأخرين (تجاوز النضج) هؤلاء الأطفال الذين يتجاوزون موعد ولادتهم من غير أن يولدوا قد يصابون بطائفة من الأمراض وتظهر عليهم أعراض مختلفة من الاضطراب الجيني وهو اضطراب يطرأ على وظائف الجهاز التنفسي وغيره من أجهزة الجنين.

وهناك عدة أسباب ممكنة للخطورة التي يتعرض لها الأطفال الذين يتجاوزون فترة الحمل بما في ذلك زيادة احتمال التعرض للولادة العسرة وتناقض مقاومة الطفل لإجهاد الولادة وعدة أنواع من العيوب وأوجه النقص الولادية التي تميل هي نفسها إلى تأخير الولادة والأطفال الذين تجاوزوا فترة الحمل المعتاد شأنهم شأن الأطفال المبتسرين يتطلبون نوعا خاصاً من الرعاية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الباب الرابع

دمج الأطفال المعاقين بصريًا مع أقرانهم العاديين

الفصل الثامن : مدخل إلى الإعاقة البصرية

الفصل التاسع: عملية دمج المعاقين بصريًا مع العاديين

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الباب الرابع

دمج الأطفال المعاقين بصريًا مع أقرانهم العاديين

الفصل الثامن

مدخل إلى الإعاقة البصرية

مقدمة:

نال مجال الإعاقة والمعوقين اهتماماً بالغا في السنوات الأخيرة ويرجع هذا الاهتمام إلى الاقتناع المتزايد في المجتمعات المختلفة بأن المعوقين كغيرهم من أفراد المجتمع لهم الحق في الحياة وفي النمو بأقصى ما تمكنهم منه قدراتهم وطاقاتهم، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن اهتمام المجتمعات بفئات المعوقين يرتبط بتغيير النظرة المجتمعية إلى هؤلاء الأفراد، والتحول من اعتبارهم عالة اقتصادية على مجتمعاتهم إلى النظر إليهم كجزء من الثروة البشرية مما يحتم تنمية هذه الثروة والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن.

وبما أن الإنسان يعتمد على حواسه الخمس: السمع، والبصر، واللمس، والشم، والتذوق في الحصول على المعلومات والتعرف على البيئة المحيطة به، وأي اختلال أو فقدان لواحدة أو أكثر من تلك الحواس يعني اعتماداً أكبر على الحواس الأخرى المتبقية، وحيث أن حاسة الإبصار تلعب دوراً مهماً جداً في عملية التفاعل التي تتم بين الإنسان وبيئته، علاوة على أن الجزء الأكبر من التعليم يتم عن طريق حاسة الإبصار، فإن تلك الحاسة هي التي تتولى عملية تنسيق وتنظيم الانطباعات التي يتم استقبالها عن طريق الحواس الأخرى.

وبذلك فالمعاق بصرياً يعيش عالما ضيقاً محدوداً نتيجة لعجزه ويود لو استطاع التخلص منه والخروج إلى عالم المبصرين، فهو لديه حاجات نفسية لا يستطيع إشباعها، واتجاهات اجتماعية تحاول عزله عن مجتمع المبصرين، ويواجه مواقف فيها أنواع من الصراع والقلق، كل هذا يؤدي بالمعاق بصرياً إلى أن يحيا حياة نفسية غير سليمة، قد تؤدي به إلى سوء التكيف مع البيئة المحيطة به.

ومن هنا تنبع الحاجة إلى الخدمات الإرشادية للمعوقين بصرياً مثل غيرهم العاديين، وذلك لمساعدتهم على إشباع حاجاتهم النفسية ومواجهة مشكلاتهم الخاصة، والتغلب على الآثار النفسية المترتبة على إعاقتهم مثل الصراع والقلق والإحباط والانطواء، وتعديل ردود

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الفعل للاتجاهات السلبية التي تحاول عزلهم عن الأفراد العاديين، وتقديم خدمات الإرشاد الأسري والتربوي والمهني المناسبة لهم.

نظرة تاريخية لتطور رعاية المعوقين بصريا:

1. **قديما:** لم تكن هناك أي رعاية تربوية تذكر أبان تلك العصور حيث عاش المعاق بصرياً عيشة بؤس وشقاء حيث يلجأ بعض الآباء إذا كف بصر بعض أبنائهم ليستدروا عطف الناس عند التسول، ولقد ورد في الكتابات القديمة لأفلاطون وأرسطو ضرورة التخلص من المعاق بصرياً بالإعدام أو النفي خارج البلاد، وجاء ذلك في قوانين ليكروجوس وسولون، وفي روما ظل الناس فترة طويلة من الزمان يغرقون المعاق بصرياً في نهر التيبر حتى جاء رمولوس فحد من هذا التصرف بعض الشيء إذ طلب ضرورة تشكيل جمعيات أهلية للبت في مدى صلاحية المعاق بصرياً للمواطنة الصالحة من عدمه، ويرجع هذا النبذ للمعاق بصرياً إلى بعض المعتقدات والخرافات الثقافية التي كانت سائدة عنه تلك الفترة كالخرافة الثقافية القائلة بأن لمس المعاق بصرياً قد ينقل العدوى إلى الملابس وأن يديه خطرتان على الصحة العامة حتى أن بعض الأمهات لا يسمحن للمعاق بصرياً بلمس أطفالهن وتظهر طبيعة ذلك النبذ الاجتماعي في رفض المجتمعات القديمة للمعاق بصرياً بممارسة أي عمل إلا في أضيق الحدود، ففي مصر القديمة مثلاً عين المعاق بصرياً في بعض الأعمال البسيطة.

   كما إن بعض المجتمعات كانت تعتبر المعاق بصرياً تجسيد للعنة الآلهة ولذلك كان المعاق بصرياً يلقي ألواناً من الاضطهاد والإذلال قد تصل إلى حد القتل، وبعض الجماعات القديمة كانت تعتبر المعاق بصرياً عالة على المجتمع وأنه يضعف من قوتها وشأنها فلا مناص من الخالص منه عملاً بالمبدأ الذي كانوا يؤمنون به وهو ضرورة الاستغناء عن كل عضو ضعيف في المجتمع.

2. **حديثاً:** صدر في انجلترا عام 1601 قانون إليزابيث للفقراء ولقد استفاد المعاق بصرياً من هذا القانون بحسبانه من الفقراء إلى جانب المنح التي كانت تمنح له من وقت إلى آخر حيث كان الإحسان فقط هو وسيلة لتكيف المعاق بصرياً آنذاك. أما في فرنسا فقد أتيحت له حرية البحث عن الطعام في الطرقات واستثارة الناس بشتى الوسائل حتى أسس الملك لويس ملجأ لإيواء ثلاثمائة معاق بصرياً وكانت الخدمات التي تقدم له تستهدف رفع معنوياته وتكيفه مع من حوله وما حوله.

وكانت أول محاولة للرعاية التربوية للمعاق بصريا في تلك الفترة على يد (فالنتين هوي) في باريس إذ التقط معاقاً بصريا من الشارع كان يستجدي وأدخله مدرسة أسسها

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

هو بنفسه وأطلق عليها اسمه وسرعان ما أصبح عدد تلاميذها أثنى عشر تلميذا قامت بتمويلها جمعية رعاية ضعاف البصر في باريس، ولقد استخدم فالنتين مجموعة من الأحرف البارزة التي يتمكن المعاق بصرياً بلمسها بأصابعه أن يقرأ، ثم أنشأت بعد ذلك عدة مدارس للمعاقين بصرياً في : ليفربول، أدنره، بريستول، لندن، وفي أغلب العواصم الأوروبية.

وهكذا بدأت الرعاية التربوية للمعاق بصرياً تنمو بإطراد نتيجة مقالات (فولتير) التي أبرز فيها أن المعاق بصرياً يستطيع الاعتماد على نفسه إذا ما أتيح له فرص التأهيل والتدريب المهني السليم.

وفي مطلع القرن التاسع عشر أصبح تعليم المعاق بصرياً إلزامياً، وظهرت طريقة (لويس برايل) وطريقة (مون) وهما طريقتان للكتابة البارزة، أما بالنسبة لتعليم المعاق بصرياً الراشد فقد أعد له نظام التعليم في المنازل وابتدعت (اليزابيث جلبرت) هذا النظام ودعمته بوسائل تربوية متعددة.

3. **القرن العشرين**: مع بداية هذا القرن بدأت صيحات المربين تصل إلى كل مكان منادية بضرورة اضطلع الدول بمسئوليتها نحو المعاق بصرياً حتى صدر في إنجلترا عام 1920 قانون للمعاق بصرياً يضمن له مستوى معيشي آمناً ومن ثم أصبح عمل الجمعيات الخيرية وهيئات الإحسان الأهلية بمجرد تقديم المساعدات الثانوية للمعاق بصرياً.

وفي الوطن العربي كانت أول محاولة لتعليم المعاق بصرياً في مصر في صورة مدرسة خاصة أسسها معلم اللغة العربية يسمى (محمد أنس) في شيخون بالقاهرة وسافر إلى أوروبا للإطلاع على نظم وطرق تعليم المعاق بصرياً واستيراد مطبعة لطبع الكتب بطريقة برايل. وكانت هذه المدرسة توقفت برحيل صاحبها، وانشأت بعد ذلك الجمعية الإنجليزية لرعاية العميان التي اهتمت بتعليم المعاق بصرياً المهن المختلفة، وبعد الحرب العالمية الأولى بدأت وزارة المعارف في ذلك الوقت بالاهتمام بإنشاء معاهد خاصة للمعاق بصرياً كانت أولها مدرسة الجمعية الوطنية عام 1935، كما ناشات في الوقت نفسه قسماً إضافياً لخريجات مدرسة المعلمات للتخصص في تربية المعاق بصرياً ثم أخذت تتوسع بعد ذلك في إنشاء معاهد للمعاقين بصرياً في القاهرة والأقاليم واقتصر التعليم في تلك الفترة على المرحلة الابتدائية التي تنتهي بالتعليم المهني.

المقصود بالإعاقة البصرية:

1. **التعريف اللغوي**: تستخدم ألفاظ كثيرة في اللغة العربية للتعرف بالشخص الذي فقد بصره وهذه الألفاظ هي: كلمة الأعمى: وهي مأخوذة من أصل مادتها وهي العماء،

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

والعماء هو الضلالة، والعمى يقال في فقد البصر أصلاً، وفقد البصر مجازا وكلمة الأكمة: فمأخوذة من الكمه، والكمة هو العمى قبل الميلاد.

وكلمة الأعمة: مأخوذة من العمة، والعمة كما في لسان العرب التحير والتردد، وقيل العمة التردد في الضلالة والتحير في منازعة أو طريق، ويقال العمة في افتقاد البصر والبصيرة، وقيل أن العمة في البصيرة كالعمى في البصر.

وكلمة الضرير: فهي بمعنى الأعمى، لأن الضرارة هي العمى،والرجل الضرير هو الرجل الفاقد لبصره.

وكلمة العاجز: فتطلق على المكفوف.

وكلمة الكفيف أو المكفوف: فأصلها من الكف ومعناها المنع، والمكفوف هو الضرير وجمعها المكافيف.

2. **التعريف القانوني**: يشير التعريف القانوني للإعاقة البصرية – من وجهة نظر الأطباء – والذي تأخذ به معظم السلطات التشريعية إلى أن الشخص المعاق بصرياً، هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة الإبصار Visual acuity عن 20/ 200 (6/ 60) قدم في أحسن العينين أو حتى باستعمال النظارة الطبية، وتفسير ذلك أن الجسم الذي يراه الشخص العادي في إبصاره على مسافة 200 قدم، يجب أن يقرب إلى مسافة 20 قدم حتى يراه الشخص الذي يعتبر معاقاً بصرياً حسب هذا التعريف، وهذا التعريف هو التعريف المعتمد قانونياً في الولايات المتحدة ومعظم الدول الأوروبية.

أما منظمة الصحة العالمية فإنها تعتمد درجة مختلفة فالكفيف وفق معيارها هو من تقل حدة إبصاره عن (3/ 60) ولو حاولنا ترجمة ذلك وظيفياً فإنه يعني أن ذلك الشخص لا يستطيع رؤية ما يراه الإنسان سليم البصر عن مسافة (60) متراً إلا إذا قرب له إلى مسافة (3) أمتار ويشيع استخدام تعريف منظمة الصحة العالمية في الدول الأقل نمواً.

حدة الإبصار visual acuity هي قدرة العين على تمييز تفايل الأشياء وتقدر حدة الإبصار العادية بأنها 20/ 20 ويشير المجال البصري إلى المنظمة البصرية الكلية التي يستطيع الفرد أن يراها في لحظة معينة، العين العادية تستطيع أن ترى بزاوية تبلغ ما بين 60 إلى 70 درجة، وعندما يكون مجال الإبصار محدداً فإن المنطقة البصرية تكون أقل.

أما الأفراد ضعاف البصر partially sighted فإنهم يعرفون أيضاً من جانب السلطات القانونية بأنهم أولئك الأفراد الذين يمتلكون حدة الإبصار تتراوح من 20/ 70 إلى 20/ 200 في العين الأفضل بعد التصحيح الممكن.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

إن أهمية التعريف السابق تأتي من أنها تحدد المعاني القانونية التي تقدر مدى أهلية الفرد للحصول على مختلف الخدمات التي يقدمها المجتمع للمعاقين بصرياً خاصة في المجتمعات التي يلزم فيها القانون تقديم امتيازات مادية أو تربوية أو تسهيلات أخرى لهم.

3. **التعريف التربوي**: يرى الأخصائيون التربويون أنه نظراً لأن التعاريف القانونية تضع التركيز بصفة أساسية على حدة الإبصار، فإن هذه التعاريف لا تتيح معلومات ثابتة حول الطريقة التي يستطيع الفرد أن يسلك بها، أو أن يؤدي وظائفه في الإطار الاجتماعي، وبالإضافة إلى ذلك فإن التعريف القانوني يفشل في إيضاح درجة الكفاءة أو الفعالية التي يستخدم بها فرد من الأفراد الجزء المتبقي لديه من البصر، وكان من نتيجة ذلك أن التعريف التربوي يفرق بين الشخص الكفيف والشخص ضعيف البصر على أساس الطريقة التي يتعلم بها كل منهم على أفضل نحو ممكن.

فالتعريف التربوي يشير إلى أن الشخص الكفيف، هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة برايل Braille method.

أما ضعاف البصر فهم الأفراد الذين يستطيعون قراءة المادة المطبوعة على الرغم مما قد تتطلبه هذه المادة أحياناً من بعض أشكال التعديل (على سبيل المثال، تكبير حجم المادة ذاتها أو استخدام عدسات مكبرة).

خصائص وآثار الإعاقة البصرية والمتطلبات التربوية:

أولاً: دور البصر في النمو الإنساني وآثار الإعاقة البصرية على مظاهر النمو:

الإعاقة البصرية حالة تصيب الجهاز البصري لكن آثار الإصابة تتجاوز الإحساس البصري ذاته وتمتد فتؤثر على كل مجالات النمو الإنساني تقريباً سواء ما كان منها يتعلق بالنواحي الإدراكية أو المعرفية أو الاجتماعية والانفالية.

دور البصر في المجال الإدراكي:

1. يعتبر البصر مصدرا من مصادر المعلومات.
2. إن البصر يلعب دورا في استخدام المعلومات التي يحصل عليها الفرد من الحواس الأخرى وخاصة حاسة اللمس والسمع.
3. إن البصر يلعب دوراً واضحاً في الإدراك المكاني المباشر.
4. إن البصر يمهد الطريق أمام الطفل للوصول إلى البيئة الواسعة والممتدة.
5. يترتب على ما تقدم من وظائف البصر أن العالم الإدراكي للطفل الصغير يعتمد اعتماداً كبيرا على حاسة البصر مما يترتب عليه أن آثار فقد البصر أو قصوره يتجاوز

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

كثيراً الأثر المباشر وهو نقص المعلومات البصرية، والنتيجة المتوقعة هو عبء متزايد على القنوات الحسية الأخرى، إذ يجب أن تعمل هذه القنوات دون المساعدة التي يتيحه البصر عند الطفل المبصر ثم إن القنوات الحسي عليها أن تتحمل بعض الوظائف التي يؤديها الطفل عادة من خلال حاسة البصر.

دور البصر في مجال التفاعل الاجتماعي:

1. يمثل البصر وسيلة فعالة يتعرف الطفل من خلالها على الأشخاص حتى بالنسبة للطفل الصغير.
2. يتوسط البصر كثيراً من مظاهر التفاعل الاجتماعي التي تتم بين الأفراد.

ثانياً: التباين والاختلاف في آثار الإعاقة البصرية على الأفراد والعوامل المؤدية إليه:

هناك تباين واسع المدى في القدرات والخصائص يمكن ملاحظتها بين الأفراد المعوقين بصرياً:

1. في المجال الإدراكي والمهارات الحركية: يمكن أن يتراوح المعوقون بصرياً من أفراد يتميزون بعدم النشاط وقصور في الحركة ونقص في الوعي بالمعلومات الحسية الخارجية المتاحة ودرجة عالية من الاستثارة الذاتية إلى أفراد يتميزون بالحركة الكاملة والمستقلة وحساسية عالية في استخدام المعلومات والبيانات البيئية استخداماً وظيفياً.
2. في المجال المعرفي: يتراوح التباين بين المعوقين بصرياً من عدم القدرة على بناء المفاهيم واستخدامها استخداماً فعالاً إلى قدرة عالية على بناء هذه المفاهيم. ومن عدم القدرة على الأداء الوظيفي فيما عدا في المواقف التعليمية الأولية إلى النجاح المهني التام الذي يقوم على استخدام الشخص المعوق بصرياً بجميع الفرص والمظاهر التعليمية المتاحة.
3. في المجال الاجتماعي: يتراوح التباين بين المعوقين بصرياً من أفراد يفتقرون إلى مهارات الاعتماد على النفس والبقاء في حالة اعتماد على الآخرين إلى أفراد مستقلين استقلالاً شبه تام ومعتمدين على أنفسهم إلى حد كبير.
4. في المجال الانفعالي: يتراوح التباين بين المعوقين بصرياً من حالات القصور والاضطراب الانفعالي الذي يظهر في مجموعة من الأعراض الإكلينيكية إلى حالات تتميز بالتوافق التام وتحقيق الثبات والاتزان الانفعالي.

ثالثاً: انعكاسات الإعاقة البصرية على بعض مظاهر النمو:

1. تعويض الحواس:

من المعتقدات الشائعة عن القدرات الإدراكية لدى المعوقين بصرياً أنهم نتيجة للإصابة في البصر يوهبون بإمكانيات أكبر في القنوات الحسية الأخرى وهنا يجب الفصل بين

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

القدرات الحسية التميزية من جهة وبين فعالية الانتباه والاستخدام الوظيفي للمعلومات المختلفة:

1. فيما يتعلق بالقدرات الحسية التميزية فإن الأدلة المتوافرة إلى الآن تنفي فكرة تعويض الحواس فلم توجد فروق بين المعوقين بصرياً وبين المبصرين أو بين المجموعات المختلفة من المعوقين بصرياً من القدرات الحسية التميزية.
2. أما بالنسبة لفعالية الانتباه توجه أدلة على أن إمكانيات تركيز الانتباه ربما تنمو على نحو أفضل لدى بعض الأفراد المعوقين بصرياً مما هو الحال بين الأفراد المبصرين بوجه عام وينطبق ذلك بصفة خاصة على الانتباه السمعي.

2. الإدراك اللمسي:

يعتبر اللمس مصدرا هاما من مصادر المعلومات عن العالم المحيط بالأفراد حتى المبصرين منهم وبالنسبة للأطفال المعوقين بصريا فإن اللمس يكون أكثر من الضروري الاعتماد عليه كعامل وسيط للمدركات التي يؤديها البصر في الظروف العادية.

أ. يكتسب الإدراك اللمسي أهمية خاصة بالنسبة لبعض المظاهر السلوكية الوظيفية كتعلم المادة اللمسية بطريقة برايل أو إدراك المواد التعليمية كالرسوم والخرائط عن البيئة المكانية.

ب. اللمس يساعد الطفل المعوق بصرياً من حيث أنه يزوده بمصدر رئيسي للمعلومات عن الأشياء التي تحيط به وتقع في نطاق اللمس.

ج. يترتب على ما تقدم محاولات استخدام الرسوم اللمسية في المواقف التعليمية مع الأطفال المعوقين بصرياً يجب أن يراعي بصورة ملائمة ما يمكن أن يوجد بين الأطفال من فروق في استراتيجيات الحصول على المعلومات اللمسية كما يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أن تدريب الأطفال المعوقين بصرياً على استراتيجيات أكثر فعالية في الحصول على المعلومات اللمسية من الأمور ذات الفائدة القصوى في العملية التعليمية هؤلاء الأطفال.

3. الإدراك السمعي:

أ. ليس هناك دليل على أن القدرات التمييزية السمعية لدى المعوقين بصرياً أفضل منها لدى الأطفال المبصرين كما أنه لا توجد فروق بين معظم المجموعات الفرعية من الأطفال المعوقين بصريًا في هذا الشأن.

ب. توجد شواهد على أن الأطفال المعوقين بصرياً تنمو لديهم في كثير من الأحيان عادت الانتباه السمعي أكثر فعالية عما هو الحال مع الأطفال المبصرين عادة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ج. تتضمن عملية الحركة نوعاً من الإدراك السمعي فالشخص المعوق بصرياً بدرجة حادة يعتمد في تنقلاته وأسفاره اعتمادا كبيرا على الدلالات السمعية ومن هنا كان التدريب المنظم على الاستفادة من الدلالات من العوامل الهامة في تعليم الحركة للطفل المعوق بصرياً.

4. **تعلم الحركة:**

أ. يبدأ التدريب الرسمي على الحركة عادة في السنوات الأولى من المدرسة الابتدائية وأن كثيراً من العوامل التي تعد حيوية بالنسبة للحركة الجيدة تنمو في الفترات المبكرة من حياة الأطفال مما يستوجب بدء تدريب الطفل المعوق بصرياً على الحركة في وقت مبكر بقدر الإمكان.

ب. أن الاتجاه التدريجي نحو التدريب الجسمي للأطفال المعوقين بصريا صغار السن سواء كانت برامج التدريب موجهة إلى التدريب على الحركة أمر يعد من المظاهر النمائية المرغوب فيها.

ج. بطبيعة الحال تعتبر المهارات التمييزية الحسية الرئيسية وبصفة خاصة مهارات التمييز السمعي حيوية لكن في نفس الوقت فإن إدراك التوجيه الجسمي لا يقل عن ذلك أهمية.

د. إن مفاهيم العلاقات المكانية بما في ذلك العلاقات بين عناصر المكان الخارجي والعلاقة الخاصة بالمكان الخارجي علاقات متداخلة إلى حد بعيد من عوامل التمييز الحسي وعلى ذلك فإن مفاهيم العلاقات أياً منها لا يصل إلى النمو الكامل دون نمو مقابل في المهارات الأخرى

ه. بالإضافة إلى العوامل الإدراكية والعوامل المعرفية فإن بعض الأبعاد مثل الثقة بالنفس والثقة بالآخرين متضمنة أيضاً في عملية الحركة وعلى ذلك فإن تركيز الانتباه على بعض مكونات الحركة دون غيرها لا نتوقع أن ينتج عنه تحسن في الحركة الكلية ما لم نأخذ في الاعتبار علاقة أحد المكونات بالسلوك الكلي للحركة.

5. **النمو المعرفي:**

إن القدرات والمهارات المعرفية ذات صلة بكل مجال من مجالات السلوك الإنساني تقريبا إلا أن علاقات هذه القدرات بالخبرات التعليمية ذات أهمية خاصة.

أ. إن البصر إن لم يكن حيوياً للنمو المعرفي فهو مصدر بالغ الأهمية للمعلومات مما يغذي العمليات النمائية المعرفية عند الطفل المبصر فالطفل العادي يحصل على معلومات بصرية حول العلاقات السببية وأوجه الشبه والاختلاف بين الأشياء

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

واستمرارية الأشياء والأشخاص على مدى الوقت والمكان أيضاً عن إمكانيات التغير في هذه المفاهيم.

ب. إن البصر يقوم بدور تكامل المعلومات التي يحصل عليها الفرد عن طريق القنوات الحسية الأخرى ومن ثم يلعب البصر دوراً هاماً في بناء المفاهيم.

ج. إن الإعاقة البصرية تجعل مجرى النمو المعرفي أكثر صعوبة مما يترتب عليه ظهور فروق في النمو المعرفي بين الأطفال المعوقين بصرياً والأطفال المبصرين.

د. إن الطفل الذي يفقد البصر تماما يتحتم عليه أن يبني مفاهيم عن العالم الذي يحيط به على أساس معلومات تختلف في طبيعتها عن المعلومات المستمدة من البصر فقيمة السمع تعد محدودة بالمقارنة بالبصر نظراً لعدم استمرارية الخبرات السمعية، واللمس يعد غير ملائم لكثير من أنواع الخبرات المعرفية.

6. النمو الاجتماعي:

يغطي النمو الاجتماعي مدى واسعاً من المظاهر تتراوح من نمو العلاقات الاجتماعية الملائمة مع الأفراد والجماعات إلى نمو بعض المهارات الاجتماعية اللازمة لأنشطة الحياة اليومية وهناك العديد من العوامل التي ترتبط بالإعاقة البصرية والتي يمكن أن تؤثر على ديناميكية عملية التطبيع الاجتماعي مما يجعل اختلاف مجرى النمو الاجتماعي للأطفال المعوقين بصرياً عن زملائهم من المبصرين من الأمور المتوقعة ومن بين هذه العوامل ما يأتي:

أ. من الواضح أن البصر يعد مبدأ للغاية بالنسبة لاكتساب المهارات الاجتماعية وهذا يجعل دور الوالدين وغيرهم من أعضاء الأسرة في تزويد الطفل المعوق بصرياً بمعلومات عن تلك التي يكتسبها الطفل المبصر عن طريق البصر.

ب. إن الأطفال المعوقين بصرياً أبطأ في نمو المهارات الاجتماعية بالمقارنة بالأطفال العاديين.

ج. لما كان البصر مصدرا هاما للحصول على المعلومات التفصيلية فمن الطبيعي أن يكون الطفل الذي يتمتع بدرجة من الإبصار أقل تأخراً في النمو الاجتماعي من الطفل الذي يفقد البصر تماماً.

د. إحدى الخصائص التي تسند عادة إلى الأطفال المعوقين بصرياً تتمثل في اعتمادهم النسبي على الأشخاص الآخرين والميل إلى السلبية بدلاً من التفاعل الإيجابي مع الأشخاص الآخرين.

وهكذا وبعد أن استعرضنا أهم الخصائص العمرية للأطفال وأثر فقدان حاسة البصر على النمو الإنساني للفرد، وخصائص وآثار الإعاقة البصرية ومتطلباتها التربوية، علينا ألا

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

نتجاهل أساليب التنشئة الاجتماعية التي تساعد المعوق وتؤهله اجتماعياً بحيث يكون قادراً على التكيف مع نفسه وأسرته ومجتمعه مع التركيز على اكتشاف نقاط القوة في شخصية الأصم والكفيف والتركيز عليها وتنميتها.

ويمكننا من خلال استعراض التعريفات السابقة أن نحدد تعريف خاص لإرشاد المعاقين بصرياً على النحو التالي: هو عملية تقديم المساعدة للمعاق بصرياً في اكتشاف وفهم وتحليل شخصيته نفسيا وتربويا ومهنيا وأسريا، وحل مشكلاته المرتبطة بإعاقته أو الناتجة عن الاتجاهات الاجتماعية لأفراد المجتمع نحوه، حتى يحقق أفضل مستوى للتوافق مع إعاقته وتقبلها والتوافق مع مجتمعه.

مظاهر الإعاقة البصرية:

تتعدد مظاهر الإعاقة البصرية ومنها:

1. **حالة قصر النظر Myopia**: وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء البعيدة لا القريبة ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية أمام الشبكية، وذلك لأن كره العين Eye ball أطول من طولها الطبيعي، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المقعرة concave lens لتصحيح رؤية الأشياء، بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الأشياء على الشبكية نفسها.
2. **حالة طول النظر Hyporopai**: وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء القريبة لا البعيدة، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية خلف الشبكية وذلك لأن كره العين أقصر من طولها الطبيعي، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المحدبة convex lens لتصحيح رؤية الأشياء بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الأشياء على الشبكية نفسها.
3. **حالة صعوبة تركيز النظر (اللابؤرية) Astigmatism**: وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء بشكل مركز Notion focus أي صعوبة رؤيتها بشكل واضح، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى الوضع غير العادي أو الطبيعي لقرنية العين أو العدسة، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات الاسطوانية لتصحيح رؤية الأشياء، بحيث تساعد مثل هذه العدسة على تركيز الأشعة الساقطة من العدسة وتجميعها على الشبكية.
4. **الجلاكوما Glaucoma**: يعرف مرض الجلاكوما في كثير من الأحيان باسم الماء الأزرق، وهي حالة تنتج عن ازدياد في إفراز السائل المائي الموجود في القرنية الأمامية (الرطوبة المائية)، أو يقل تصريفه نتيجة لانسداد القناة الخاصة بذلك، مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل مقلة العين والضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر. ويعد

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

هذا المرض سبباً من أسباب الإعاقة البصرية لدى كبار السن من المعاقين بصرياً، ونادرا ما يكون سبباً للإعاقة البصرية لدى صغار السن المعاقين بصرياً.

5. **عتامة عدسة العين Cataract**: ويشار لها في أحيان كثيرة باسم (الماء الأبيض) أو (الساد) وتنتج عتامة عدسة العين عن تصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة مما يفقدها شفافيتها، والغالبية العظمى من الحالات تحدث في الأعمار المتقدمة. وتتلخص أعراض عتامة العدسة، بدم وضوح الرؤية والإحساس بأن هناك غشاوة على العينين مما يؤدي إلى الرمش المتكرر أو رؤية الأشياء وكأنها تميل إلى اللون الأصفر.
6. **الحول Strabismus**: وهو عبارة عن اختلال وضع العينين أو إحداهما مما يعيق وظيفة الإبصار عن الأداء الطبيعي، ويكون الحول إما خلقياً أو وراثياً، وإما أن ينتج عن أسباب تتعلق بظهور الأخطاء الإنكسارية في مرحلة الطفولة (طول النظر، قصر النظر) أو ضعف الرؤية في إحدى العينين، وكثيرا ما يكون ضعف عضلات العين واحدا من الأسباب الرئيسية للحول.
7. **الرأرأة Nystagmus**: وهو عبارة عن التذبذب السريع والدائم في حركة المقلتين مما لا يتيح للفرد إمكانية التركيز على الموضوع المرئي.

أسباب الإعاقة البصرية:

تقسم أسباب الإعاقة البصرية إلى مجموعتين رئيسيتين هي:

1. **مجموعة أسباب مرحلة ما قبل الميلاد Pre-natal causes**: يقصد بها كل العوامل الوراثية والبيئية التي تؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي والحواس بشكل عام.

وهي في مقدمة العوامل المسببة للإعاقة البصرية حيث تمثل حوالي 65٪ من الحالات ومنها على سبيل المثال العوامل الجينية، وسوء التغذية، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية، والعقاقير والأدوية، والأمراض المعدية، والحصبة الألمانية، والزهري ...إلخ وتعتبر هذه العوامل من العوامل العامة المشتركة في إحداث أشكال مختلفة من الإعاقة ومنها الإعاقة البصرية.

ولا يمكن الوقاية من الإعاقات البصرية التي ترجع إلى ظروف تحدث فيما قبل الميلاد إلى أن يتم فهم العلاقات السببية بين هذه العوامل وبين الإعاقة البصرية بشكل أفضل، وتعتبر المعلومات العلمية قاصرة عن العوامل الوراثية والأمر يتطلب مزيداً من البحوث في هذا الميدان.

2. **مجموعة أسباب ما بعد مرحلة الميلد post-natal causes**: ويقصد بها مجموعة العوامل التي تؤثر على نمو حاسة العين ووظيفتها الرئيسية الإبصار، مثل العوامل البيئية كالتقدم

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

في العمر، وسوء التغذية، والحوادث والأمراض، التي تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى الإعاقة البصرية. وما يقرب من 16٪ من الإعاقات البصرية عند الأطفال والشباب ترجع إلى عوامل غير محددة وتحدث فيما بعد الميلاد.

ومن هذه الأسباب التي قد تؤدي إلى الإعاقة البصرية المياه البيضاء، والمياه الزرقاء، ومرض السكري، أمراض الشبكية، أمراض العدسة، التهابات العين، الحول، الحوادث، وأسباب أخرى....

فقد البصر بين الأطفال حديثي الولادة: لقد أحرز العلماء نصرين عظيمين في المحافظة على بصر الأطفال حديثي الولادة:

النصر الأول: في بداية القرن العشرين وجد أن الكثيرين من الأطفال يفقدون بصرهم بسبب التهابات العين الطفيلية إلى أن تبين أن هذا النوع من العمى ينشئ عن مواد عضوية معدية توجد في عنق رحم الأم، ويمكن إنقاذ الطفل بتقطير نترات الفضة في عينيه بعد ولادته مباشرة.

النصر الثاني: في عام 1950 كانت 50٪ من حالات فقد البصر التي تصيب صغار الأطفال قبل إلحاقهم بالمدارس ناشئة تقريبا عن وجود أنسجة ليفية خلف عدسات العين، وكان هذا المرض شائعاً خلال العقد الخامس من القرن الحالي (1940-1950) بين الأطفال الذين يولدون قبل تسعة شهور من الحمل، وكان من المعتقد أنه راجع إلى عامل غير معروف يؤثر في اكتمال نمو العين خلال مدة الحمل، وأن هذا العامل قد يتسبب أيضاً في الولادة المبكرة.

وكان **النصر الكبير** ثمرت للبحوث الجماعية التي أيدها المعهد القومي للأمراض العصبية والعمى التابع للحكومة الأمريكية، إذ اكتشف العلماء أخيرا أن السبب في فقد البصر في تلك الحالات يرجع إلى الأكسجين المركز لدرجة كبيرة والذي كان يعطى للأطفال في حالات الولادة المبكرة، كعلاج رتيب أثناء فترة بقائهم في الحضانات.

وقد اكتشف السبب المؤدي إلى هذا المرض مما أدى بعد ذلك إلى التحكم في كمية الأكسجين التي يزود بها هؤلاء الأطفال إلى 40٪ أو أقل وترتب على ذلك أن قل عدد الأطفال الذين يصابون بإعاقة بصرية نتيجة لهذا السبب بشكل ملحوظ.

المهارات الأساسية لتأهيل المعاقين بصرياً:

تؤثر الإعاقة البصرية على الطريقة التي يحصل فيها الأفراد المصابين بها على المعلومات من البيئة المحيطة بهم وتحد من فرصهم في التعليم من خلال ملاحظة الأدوات

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

البصرية في المدرسة، وهذا يعني أن هؤلاء يحتاجون إلى تعلم مهارات خاصة من المعلمين المدربين في تعليم المهارات.

وهذه المهارات الخاصة تشتمل على:

- **كفاءات في استخدام التكنولوجيا والحاسوب technology and computer proficiency**: وهذا يشتمل على إكسابهم مهارات استخدام الحاسوب وأجهزة الاتصال عن بد وبرامج السوفت وير Software المعدلة لتناسب الأفراد المعاقين بصرياً.
- **مهارات القراءة والكتابة Literacy**: وهذا يتضمن تعليم مهارات القراءة والكتابة باستخدام طريقة برايل Braille والحروف الكبيرة والأدوات البصرية أو تدريب على استعمال فعال للبقايا البصرية. التنقل الآمن والمستقل Mobility safe and independent ويشتمل على إكسابهم مهارات التعرف والتنقل باستخدام الأساليب المستخدمة مثل العصى الطويلة وغيرها من أدوات التنقل.
- **مهارات التفاعل الاجتماعي Social interaction skills**: وهذا يتضمن استخدام لغة الجسم والمفاهيم البصرية الأخرى. الضبط الشخصي ومهارات العيش المستقل management ersonal and in–dependnt living skills ويعلم الأفراد المكفوفين هنا أساليب خاصة تساعدهم على القيام بالأنشطة الحياتية المستقلة مثل إعداد الطعام، وصرف النقود وغيرها من المهارات الأخرى.

ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للمعوقين بصريا ومبرراته فلابد أن يتضمن تعليم وتدريب المعوقين بصريا على عدد من المهارات الأساسية في تعليمهم مثل مهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل، ومهارة تعلم الألة الكاتبة العادية، ومهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة المكعبات الفرنسية، ومهارة التوجه والحركة، وفيما يلي شرح موجز لكل من تلك المهارات:

1. مهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل Braille method:

طور لويس برايل (1809– 1852) Braille طريقة برايل وأظهرها إلى حيز الوجود حوالي عام 1829 وقد ساعده في ذلك ضابط فرنسي اسمه شارلس باربير وكان برايل نفسه معاقاً بصرياً، وتعتبر طريقته من أكثر أنظمة القراءة والكتابة شيوعاً في أوساط المعاقين بصريا.

وقد وصل نظام برايل إلى منطقة الشرق الأوسط بالتحديد في مصر قبل عام 1878 عن طريق مبشرة إنجليزية تدعى لوفيل Lovell.

وقد تم استخدامه كأداة رئيسية في تعليم القراءة والكتابة للمعاقين بصرياً في المملكة العربية السعودية منذ أن تم افتتاح أول معهد نور للمعاقين بصريا في سنة 1380–1960.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وتقوم طريقة برايل على تحويل الحروف الهجائية إلى نظام حسي ملموس من النقاط البارزة dots والتي تشكل بديلا لتلك الحروف الهجائية، وتعتبر الخلية cell هي الوحدة الأساسية في تشكيل النقاط البارزة، حيث تتكون الخلية من 6 نقاط، حيث تعطي كل نقطة من النقاط رقما معينا يبدأ من 1 وينتهي بـ6 أما الترميز في نظام برايل فلا يتم بواسطة عدد النقاط في الرمز الواحد، بقدر ما يتم من خلال تغيير مواضع النقاط داخل الخلية الواحدة، مما ينجم عنه 63 رمزاً.

ولا يزال معلمو المرحلة الابتدائية ببعض المعاهد في بعض الدول العربية يستخدمون قلم ومسطرة برايل للبدء في تعليم كتابة برايل في الصفوف العليا من المرحلة الابتدائية، على الرغم من أن استخدام آلة برايل الكاتبة عند البدء في تعليم الكتابة يعتبر أكثر فعلية كما أظهرت ذلك تجارب الأمم المتقدمة، وكما أكد عليه التربويون والباحثون في مجال الإعاقة البصرية.

2. مهارة تعلم الآلة الكاتبة العادية:

تعتبر الآلة الكاتبة العادية من أكثر الوسائل الكتابية أهمية للمعوقين بصرياً، حيث إنها تزيد من إمكانية التفاعل بينهم وبين أقرانهم المبصرين، وذلك من خلال تمكين المبصرين من قراءة الأعمال الكتابية للمعوقين بصرياً بشكل مباشر وسريع، غير أن المشكلة الأساسية التي تواجه المعوقين بصرياً – وبالذات المكفوفين منهم – عند استخدام الآلة الكاتبة العادية تكمن في عدم قدرتهم على مراجعة وتصحيح ما يكتبون، وقد أمكن التغلب على هذه المشكلة في البلاد المتقدمة عن طريق استخدام برامج الحاسبات الآلية حيث يتم توفير التغذية الراجعة بواسطة برايل أو الصوت أو الاثنين معا.

وفي عام 1401–1402هـ قامت الأمانة العامة للتعليم الخاصة بوزارة المعارف باعتماد تدريس استخدام الآلة الكاتبة العادية في المرحلة الثانوية عبر سنواتها الثلاث بواقع ثلاث حصص في الأسبوع: حصتان لغة عربية، وحصة واحدة لغة إنجليزية.

3. مهارة إجراء العمليات الحسابية:

وتعتبر العدادات الحسابية وسائل تسهل مهمة الأطفال المعوقين بصرياً في القيام بالعمليات الحسابية المختلفة كالجمع والطرح والضرب والقسمة، وهناك عدد من العدادات الحسابية لعل من أبرزها: العدادات والمكعبات الفرنسية ولوحة التيلر.

والمكعبات الفرنسية هي التي تستخدم حاليا في بعض معاهد النور وهي كما يتضح من اسمها عبارة عن مكعبات يحتوي كل منها على كل الأعداد الأساسية من صفر إلى تسعة، بالإضافة إلى علامات الجمع والطرح والضرب والقسمة، والعلامة العشرية، وتتم

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

كتابة العدد المطلوب عن طريق تغيير اتجاه المكعب، وهي من أفضل العدادات الحسابية للأسباب التالية:

أ. يمكن نقل المهارة الحسابية المكتسبة بواسطة التدريب على المكتب الفرنسي إلى نظام برايل، حيث الرموز الحسابية في نظام برايل ولكن بدون العلامات الحسابية.

ب. تمكن الأطفال من الكتابة بشكل أفقي ورأسي، ولاشك إن الكتابة الرأسية أمر ضروري في العمليات الحسابية المطولة، حيث ينبغي وضع الخانات العددية بشكل تسلسلي تحت بعضها ليتسنى للطفل المعوق بصريا تغطيتها لمسيا وإدراكها حسيا بسهولة ووضوح، وهو ما يوفره المكعب الفرنسي.

ج. يستطيع الطفل بواسطتها أن يحل أكثر من مسألة حسابية في آن واحد، نظرا لاتساع المساحة المستخدمة.

فيحتاج الطفل المعوق بصريا إلى السيطرة على الحقائق الرياضية المختلفة كالأعداد والعمليات الحسابية التي تمكنه من التقدم في هذا المحتوى بطريقة تتشابه مع الأطفال المبصرين فعند دخول الروضة يتعرض الطفل المعوق بصريا إلى برامج تزوده بالمفاهيم الأساسية التي يتقد بأن الطفل المبصر يصل إليها بطريقة المصادفة، ويطور الطفل المعوق بصرياً مجموعة من المفاهيم ومنها:

1. مفهوم: كبير – صغير
2. مفهوم: يسار – يمين
3. مفهوم: التشابه والاختلاف
4. مفهوم: اللون (إن مكن)
5. مفهوم: الحجم والشكل.
6. مفهوم: المكان والزمان.
7. مفهوم: الأوزان (ثقيل/ خفيف).
8. مفهوم: الحرارة (ساخن – بارد)

ولترسيخ مثل هذه المفاهيم يمكن للمعلم الاستعانة بالأدوات المتوافرة في المدرسة مثل المكعبات، والملاعق، والبطاقات، والأشكال الهندسية، والعصى، والموازين المختلفة، والأزرار، والخرز ..إلخ بالنسبة لعملية العد فقد تكون شفوية أو كتابية حيث تكتب الأعداد لهدفين، الأول منهما الوصول إلى الإجابة إذا كان الطفل لا يستطيع تقديمها شفويا والثاني للاتصال مع الآخرين. فالمعلم قد يوصل المعلومة للأطفال عن طريق الكتابة على اللوح أو بالإشارة إليها عن طريق المعداد الحسابي.

ويستطيع الأطفال ضعاف البصر استخدام اللوح، وقلم رصاص غليظ وأوراق واضحة الأسطر ويجب أن يشجع الطفل على الوصول إلى اللوح، والحصول على ورقة واضحة، وعلى المعلم تجهيز الأمثلة الرياضية مكتوبة على ورقة لإعطائها للطفل حين حل

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

المسألة وعند تصحيح الورقة للطفل يجب استخدام قلم ذي خط واضح حتى يرى الطفل نتيجة التصحيح.

وقد تدخل استخدامات آلة بريل عن طريق اليد بمكعبات خاصة ببريل (مكعب له 6 أوجه) حيث عن طريق دوران الوجوه الستة يمكن كتابة تسعة منازل وصفر، وقد يستخدم بعض الأطفال آلة بركنز لكتابة الأعداد وللقيام بالمهمات الرياضية في حين يستخدم البعض الآخر وبخاصة في الصفوف الابتدائية العليا آلة تيلر. ويجد الكثير من المكفوفين أن آلة تيلر مقبولة للعمليات الحسابية ولكن المعلمين لايرغبون في استخدامها لأنها تفرض تعليم نظام آخر جديد للطفل الكفيف، ولكن المكفوفين يفضلون الحصول عليها لأنها غير مكلفة مقارنة بآلة برايل. وبعض البرامج الحديثة تزود طلابها بالمعداد الحسابي (الابيكس) لكونه خفيفاً ويحمل بسهولة وغير مكلف،وعند استخدام هذا المعداد يحرك الطفل الخرز بأصابعه نحو الإطار الأوسط وكأنه يكتب العدد المطلوب. ويتكون المعداد الحسابي من ثلاثة عشر عموداً ويوجد في كل عمود خمس خرزات تتحرك أربع منها من الأسفل إلى الأعلى والخامسة من الأعلى إلى الأسفل نحو ما يسمى بالإطار الأفقي الفاصل، وتوجد نقاط بارزة شبيهة برأس الدبوس في الإطار الأفقي الفاصل وفي الإطار السفلي، كذلك يوجد خطوط رأسية صغيرة بارزة تفصل كل ثلاث نقاط بارزة.

ويستعين المكفوف بالنقاط البارزة لتحديد العمود المطلوب لوضع الخرزة التي تعبر عن العدد (أو ما يسمى بكتابة العدد) أما الخطوط الرأسية البارزة فتستخدم نظام الفواصل والنظام العشري، والعمود الأول من جهة اليمين يسمى عمود الآحاد وكل خرزة من الخرزات الأربع تحت الإطار الفاصل تمثل قيمة واحد فإذا حرك الكفيف خرزة واحدة نحو الإطار الفاصل فمعنى ذلك أنه كتب العدد "واحد"، وإذا حرك خرزتين إلى الأعلى نحو الإطار الفاصل فمعنى ذلك أنه كتب العدد اثنان وهكذا إلى العدد 4 أما الخرزة التي تقع فوق الإطار الفاصل في العمود الأول فتمثل العدد خمسة (قيمتها 5)، فعند وضعها عند الإطار الفاصل فمعنى ذلك أن الطفل كتب 5، وإذا أضيفت خرزة من الخرزت من تحت الإطار الفاصل فمعنى ذلك أن العدد أصبح 6، وإذا أضيفت خرزتان من الخرزة فوق الإطار الفاصل فمعنى ذلك أن الطفل كتب 7، وإذا استخدمت خرزة فوق الإطار الفاصل و3 خرزات من تحت الإطار الفاصل يصبح العدد 8، أما عند استخدام خرزة من فوق الإطار الفاصل و4 خرزات من تحت الإطار موجهة نحو الإطار الفاصل فمعنى ذلك أن العدد المطلوب هو 9، وعند كتابة الرقم 10 تبعد الخرزات في عمود الآحاد كلها عن الإطار الفاصل وتقرب خرزة من العمود الثاني وهو عمود الخرزات وكل خرزة في قيمة العشرات لها قيمة 10 والخرزة فوق الإطار لها قيمة 5، والعمود الثالث هو عمود المئات فكل خرزة تحت الإطار الفاصل لها قيمة 10

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

والخرزة فوق الإطار الفاصل لها قيمة 500، والعمود الربع هو عمود الآلاف فكل خرزة تحت الإطار الفاصل لها قيمة ألف والخرزة فوق الإطار الفاصل لها قيمة 5000، وهكذا يستخدم المكفوفين هذه الأداة بشكل فاعل في العمليات الحسابية المختلفة كالجمع والطرح والضرب والقسمة.

لذا يحتاج المكفوف لفهم هذه العمليات إلى التدرب والممارسة على كيفية استخدام الأداة وحيثما كان الأمر ممكنا يشجع المعلمون على تدريب الأطفال على الحساب العقلي دون الاستعانة بالورق، لأنه يفترض بأن الشخص الكفيف قد لا يجد في متناول يديه آلة بريل أو آلة حاسبة أو معداد حسابي، ويدرب الطفل على الحساب الذهني عن طريق توظيف استراتيجيات من مثل التحويل إلى أقرب عدد لحل المشكلة مثلاً 98×5=؟ يقربها الكفيف إلى 100×5=؟.

في العادة يكون الاعتبار الأول في التدريس هو السيطرة على المهارة الرياضية وإتقانها وفيما بعد يهتم المعلم بالسرعة في الأداء، وعند تعليم الحقائق الرياضية، يستخدم المعلم الطرق السائدة ومن خلال الاستعانة بالأشياء الملموسة يتعرف المعلم على طريقة تفكير الطفل ففي الجمع يعرف الطفل أن هناك عملية ضم أو تجميع للأشياء وفي الضرب يتعرف الطفل على أن هناك مجموعات وعدداً من العناصر التي تحتويها تلك المجموعات. فعلامة (×) لوحدها لا تعطي نموذج التفكير السليم بالعملية، بعد ذلك: أي بعد أن يفكر الطفل بالجمع على أنه عملية ضم الأشياء يتدرب على عملية البحث عن الإجابة، أي الوصول إلى عدد المجموعات كلها.

1111111 =111+111

7 = 3 +4

وعندما يتدرب الطفل على عملية الطرح (كل – جزء= جزء) يتعلم الطفل التفكير بالكل (الكمية كلها) ويعرف جزءا من الكل وعليه إيجاد الجزء الآخر.

مثال: 9-2=؟

الكل هو 9 والجزء الأول هو2 فكلي يعرف الجزء المتبقي قد يستخدم إستراتيجية العد إلى الخلف فيقولك ماذا يأتي قبل العدد 9 من عددين؟ إنهما العددان 7، 8 إذن العدد المطلوب هو 7 أو قد يعد إلى الأمام مبتدءاً بالعدد 2 فيقول ما هي الأعداد المطلوبة للوصول إلى الكل (9) 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9 قد يستعين الطفل بأصابعه أو بأشياء أخرى لحصر الأعداد المطلوبة والتأكد منها وقد يتدرب الطفل على إستراتيجية إضافة الضعف أو الضعف التقريبي للأعداد الكبيرة بعض الشيء.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

مثلا: 13- 6 = ؟

يعرف الطفل بأن عليه إضافة عدد معين إلى الجزء الأصغر في مسألة الطرح وعادة يكون سهلا على الطفل المتدرب معرفة أن 6+6= 12 ولكن المسألة تقول أن الكل هو 13 والفرق بين 12و 13 هو 1 فمن الضروري إضافة 1 إلى العدد 6 فتصبح المسألة في ذهن الطفل 6+ 7= 13 فالجواب على المسألة الأصلية هو 7.

أما بالنسبة للضرب (مثلا 3×5) يتطور مفهوم أن هناك 3 مجموعات في كل منها 5 وحدات وللوصول إلى الحل يتدرب الطفل العد القفزي حيث يعد ثلاث مرت متتالية يقفز بها خمسة في كل مرة أو يضعف الخمسة ثلاث مرات فيقول 5 و5 و5 أو يعد من ناتج معروف 5+5=10 ويضيف مجموعة ثالثة فيها 5 ليصل إلى الناتج ويتدرب الطفل على مفهوم أن تغير الأماكن للأعداد لا يؤثر على الناتج 8×5= 5×8 (5 ثمانيات = 8 خمسات) وإذا كان العدد قريبا من العشرة يمكن التفكير بتقريب العدد وبعدها إتمام الحل.

مثال: 9×7=؟ في هذه الحالة قد يتم تدريب الطفل على أن يفكر كالتالي 10×7= 70 فيقول 70-7= 63.

وفي العادة يتوق أن يأتي الطفل المعوق بصريا إلى المدرسة ولديه المعلومات الحسابية التي تكافؤ معظم معلومات الأطفال المبصرين ومن هذه المعلومات تسمية الأعداد من 1 إلى 5 شفويا بالتسلسل، فعندما تقول للطفل ماذا يأتي بعد العدد 2 فهو 3 وهكذا، ويستطيع الطل أدائيا إعطاء استجابة صحيحة فإذا قلت له أعطني ثلاثة أقلام يعطيك وهكذا ومن أجل ضمان استفادة المعوق بصريا من أساسيات الرياضيات قد تفيد الإرشادات التالية المعلمين:

1. لا تعتمد الوصف اللفظي كمعيار للحكم على أداء الطفل.
2. توظيف خبرات حسية كافية لإعطاء مفاهيم حسابية وظيفية واضحة.
3. شجع الأطفال ضعاف البصر على قراءة المسائل الحسابية مع مراعاة عدم إجهاد الطفل وإرهاقة.
4. عامل الطفل ضمن التوقعات التي تحملها لمستواه في الصف وتوقع منه إحضار واجباته مكتوبة بالطريقة التي تريحه.
5. شجع الأطفال الكبار على استخدام المسجل لتسجيل ما يلزم من واجبات.
6. من الممكن تسجيل الاختبارات والطلب من الطفل الإجابة عليها كتابياً أو شفوياً خلال الحصة الدراسية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

7. استخدام أدوات واضحة عند البدء بدرس جديد.
8. هنالك حاجة إلى التركيز على البعد الشفوي وخاصة لتعليم الحقائق الحسابية التي لا تحتاج إلى استخدام القلم والورق أو الحاسوب.

وأخيراً لابد من الإشارة إلى المشكلات العامة ذات العلاقة بتدريس الحساب للمعوقين بصرياً في الصفوف الأساسية:

1. عدم فاعلية التدريب على استراتيجيات التفكير الفعال لدى الأطفال.
2. عدم اكتمال نمو المفاهيم الحسابية الأساسية.
3. عدم التركيز الكافي على حل المشكلات.
4. حذف المعلومات الحسابية الشفوية والتركيز على الطريقة التقليدية المعتمدة على الورق.

4. مهارة فن التوجه والحركة:

يتكون مسمى التوجه والحركة من مصطلحين متلازمين:

- الأول: التوجه أو التهيؤ Orientation وعرف تقليديا بأنه عملية استخدام الحواس لتمكين الشخص من تحديد نقطة ارتكازه وعلاقته بجميع الأشياء الأخرى المهمة في بيئته.
- أما المصطلح الثاني: فهو الحركة Mobility ويعرف تقليديا بأنه قدرة واستعداد وتمكن الشخص من التنقل في بيئته.

والتوجه يمثل الجانب العقلي في عملية التنقل بينما تمثل الحركة الجهد البدني المتمثل في الأداء السلوكي للفرد، وتعتبر مشكلة الانتقال من مكان إلى آخر من أهم المشكلات التكيفية التي تواجه المعاق بصريا وخاصة ذوي الإعاقة البصرية الشديدة (الكفيف كليا) ولذا يعتبر إتقانه لمهارة فن التوجه والحركة من المهارات الأساسية في أي برنامج تعليمي تربوي للمعاقين بصرياً.

ويعتمد المعاق بصريا على حاسة اللمس اعتماداً أساسيا في معرفة اتجاهه، وقد يوظف حاسة اللمس تلك في توجيه ذاته، فقد يحس بأشعة الشمس أو الرياح، ويوظف تلك المعرفة في توجيه ذاته نحو الشرق (صباحا) ونحو الغرب (مساء) كما قد يوظف حاسة السمع في توجيه ذاته نحو مصدر الصوت، وقد استعان المعاق بصريا على مر العصور بوسائل بدائية وحديثة في توجيه ذاته ابتداء من العصا البيضاء وانتهاء بالعصا التي تعمل بأشعة الليزر.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الفصل التاسع

عملية دمج الأطفال المعاقين بصريا مع العاديين

أولاً : اندماج المكفوفين مع المبصرين بين الدوافع والعقبات

مقدمة:

الاندماج بمعناه الحديث واحد من أكثر موضوعات التربية الخاصة إثارة للجدل وتعددا في وجهات النظر وقد لعب التميز العلمي دوراً بارزاً في التمييز بين الدول المتقدمة والنامية في هذا الموضوع، ففي الدول المتقدمة، وفي مقدمتها إيطاليا والولايات المتحدة وبريطانيا، اعتمد الدمج على التخطيط العلمي السليم والدعم القوي من قبل العديد من أجهزة هذه الدول كالمؤسسات العالمية ووسائل الإعلام ومراكز البحوث، أما في الدول النامية فقد تبنته بعض المؤسسات من منظور التبعية والتقليد والانجذاب إلى بريق الحداثة دون تخطيط سليم أو دراسات مسبقة أو توعية مجتمعية وأحيانا دون إعداد الفريق المهني المتخصص اللازم لتنفيذه، وخاصة مع وجود مناخ اجتماعي تسوده العديد من الاتجاهات السلبية والأفكار الخاطئة عن قدرات المكفوفين وإمكانيتهم، وبين قصور الإعداد وقسوة الاتجاهات فضل العديد من المكفوفين البقاء في مجتمعهم المعزول الذي وفر لهم من الأمن والحماية ما عجز المجتمع الكبير أن يوفره لهم.

احتياجات خاصة أم مهارات خاصة؟

اعتدنا وكذلك تعود غيرنا من وسائل الإعلام والمهتمين، بل والعديد من المكفوفين أنفسهم، أن نستخدم في حديثنا وكتاباتنا مفهوم ذوي الحاجات أو الاحتياجات الخاصة للتعبير به عن تصنيف يضم في داخله المكفوفين إلى جانب فئات أخرى، وليس هذا هو المجال المناسب لطرح هذا الموضوع، وربما نتعرض له في موضوع مستقل خاص به، ولكني أجد نفسي مضطرا هنا لإثارة عدد من التساؤلات:

1. إذا كنا نرفض الإعاقة ونتحرج منها فكيف نؤكد الاحتياج ونعرف بين الناس به؟
2. ألم يشبع المكفوفون احتياجاتهم من خلال مهارات خاصة فتحت أمامهم أبوابا من المعرفة ومكانتهم من العمل في مجالات لم يكن التفكير فيها قبل ذلك أمر مباح؟
3. وهل يد محتاجا من يرى بيديه ويقرأ بأنامله ويتواصل مع العالم من فوق سريره بحاسوبه الصغير والى جواره من المبصرين من لا يعرف كيف يفرق بين الباء والتاء؟

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

المقصود بالمكفوفون:

المكفوفون هم الذين لا يمكنهم أن يتعلموا من خلال الكتب والوسائل والأساليب البصرية التي تستخدم مع أقرانهم المبصرين في العمر الزمني نفسه ومن ثم يحتاجون إلى طرق ووسائل وأدوات تعليمية خاصة ويميز التربويون إجرائياً بين فئات مختلفة من المكفوفين تبعاً لدرجة الكف وتأثيرها على استعداداتهم للتعلم وهذه الفئات هي:

- **المكفوفون كليا وتشمل هذه الفئة:**
- الذين لا يرون شيئا على الإطلاق.
- الذين يرون الضوء فقط.
- الذين يرون الضوء ويمكنهم تحديد مسقطه.
- الذين يستطيعون عد أصابع اليد عن تقريبها من أعينهم فقط.
- المكفوفون وظيفيا وهم الذين توجد لديهم بقايا بصرية يمكنهم الاستفادة منها في مهارات الحركة والتنقل فقط.

المقصود بضعاف البصر:

وهم القادرون على القراءة والكتابة بالخط العادي سواء عن طريق استخدام المعينات البصرية كالمكبرات والنظارات أو بدونها بعد تكبير المواد المطبوعة بأحرف كبيرة الحجم وتنحصر حدة إبصارهم بين 20/ 70 و20/ 200 في أقوى العينين بعد استخدام النظارات الطبية.

المقصود بالاندماج:

التعريف اللغوي: يقال دمج الشيء دموجا إذا دخل في الشيء واستحكم فيه، وأدمجت الشيء إذا لفقته في ثوب.

التعريف الاصطلاحي للدمج الأكاديمي.

الدمج هو مفهوم يتضمن وضع الأطفال غير العاديين مع الأطفال العاديين في الصف العادي بشكل مؤقت أو دائم بشرط توفير عوامل تساعد على إنجاح هذا المفهوم.

مبررات الدمج وأهميته:

1. الاندماج هو الأسلوب الطبيعي نتيجة تعايش المكفوفين والمبصرين في بيئة اجتماعية واحدة.
2. يتيح الدمج فرصة التعارف والفهم الأفضل من قبل كل طرف لظروف وإمكانات الطرف الآخر وبلورة أفكار ومفاهيم واقعية وصحيحة كل منهما عن الآخر ومن ثم تعديل الاتجاهات السلبية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

3. يساعد الدمج على تحسين مفهوم الذات لدى الشخص الكفيف وتنمية الشعور بالثقة بالنفس والثقة في الآخرين.
4. ازدياد المطالب الحياتية تعقيدا يوما بعد يوم بحيث لم يعد من الممكن تلبيتها بدرجة مناسبة داخل البيئة المعزولة ذات الإمكانيات المحدودة.
5. قلة مؤسسات التربية الخاصة، مع وجود عدد من الأطفال المكفوفين في عدد من المناطق النائية، مما يجعل الدمج أحد الحلول العملية لتعليم هؤلاء الأطفال وتأهيلهم.
6. توفير الكلفة الاقتصادية اللازمة لإنشاء وتجهيز مؤسسات للتربية الخاصة.
7. يساعد الاندماج الكفيف على الشعور بالانتماء لدى المكفوفين تجاه المجتمع الذي يعيش فيه.
8. عندما يرون طفلهم الكفيف يتفاعل مع الأطفال المبصرين ويتعلم في مدارسهم.

العوامل التي تساعد على نجاح عملية الدمج:

1. مشاركة أولياء الأمور وتفعيل دورهم بشكل إيجابي في هذا المجال.
2. دمج الطفل في المدرسة الأقرب إلى محل إقامته.
3. ألا يعاني الطفل المدمج من إعاقات أخرى.
4. أن يعد الطفل إعداداً جيداً في المهارات الاستقلالية والحركة والتنقل.
5. توفير الأدوات والوسائل التعليمية اللازمة للأطفال المكفوفين بالمدارس العادية مثل:
   - أجهزة الحاسوب.
   - الوسائل التعليمية.
   - العدسات المكبرة.
   - المناهج المكتوبة بحروف كبيرة.
6. تهيئة وإعداد الإدارة المدرسية وأعضاء هيئة التدريس لتقبل فكرة الدمج.
7. تحديد شكل الدمج المراد تنفيذه.
8. الاعتماد على الأساس القانوني في قضية الدمج وأنه حق من حقوق المكفوفين وليس مجرد شفقة أو منه عليهم.
9. وضع معايير موضوعية لتقييم عملية الدمج بشكل مستمر.
10. التخطيط العلمي المسبق لعملية الدمج ووضع الحلول للصعوبات المحتملة وليس مجرد وضع الأطفال المكفوفين مع المبصرين في مكان واحد.
11. توفير المتابعة المستمرة من خلال المستشار التربوي أو المعلم الجوال على مدار العام.

أشكال الدمج:

يذكر ووكر خمسة أشكال للدمج الأكاديمي:

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

1. الدمج طوال الوقت في فصول خاصة: ويتوفر لهذا النوع من الدمج معلمون متخصصون وفصل مجهز يتلقى فيه المكفوفون وضعاف البصر أغلب المواد الدراسية.
2. الدمج في فصول خاصة مشتركة: يوجد في هذا النوع أساتذة متخصصون وغرفة مجهزة يتلقى فيه المكفوفون وضعاف البصر بعض المواد الدراسية بينما يقضون أغلب أوقاتهم في الفصل الدراسي العادي.
3. غرفة المصادر: هي فصل مجهز يتردد عليه المكفوفون وضعاف البصر وفقاً لجدول زمني معين أو كلما دعت الحاجة لذلك.
4. المدرس الجوال: وهو نظام يقوم على أساس أن يقضي المكفوفون أو ضعاف البصر أغلب يومهم الدراسي في الفصل العادي بينما يلتقون إرشادات خاصة، فرادى أو جماعات من المدرس الجوال الذي يقوم بمتابعة مدرسة أو أكثر لتقديم الإرشاد اللازم.
5. المعلم المستشار: وهو متعلم متخصص موجود في المدرسة بصفة دائمة ويقوم بتقديم الاستشارات بجانب أعماله الأخرى.

وهناك عدد من الباحثين يفضلون تقسيم الدمج إلى نوعين رئيسيين:

- الدمج الجزئي: ويقصد به دمج الأطفال المكفوفين مع نظرائهم المكفوفين لبعض الوقت.
- الدمج الكلي: ويقصد به إلحاق الأطفال المكفوفين مع الأطفال المبصرين في المدارس العامة طوال الوقت.

الصعوبات التي تواجه دمج المكفوفين:

1. الاتجاهات السلبية لبعض مدراء المدارس والمعلمين تجاه عملية الدمج.
2. قلة عدد مرات المتابعة بسبب بعد المناطق وعدم وجود الفريق المتخصص اللازم لعملية المتابعة.
3. نقص المعلمين المتخصصين في تدريس المناهج الدراسية للمكفوفين وخاصة المناهج التي تحتاج إلى إعداد خاص كالرياضيات والحاسوب.
4. قلة الخدمات التي تقدم في المدارس العامة مقارنة بالتي تقدم في مؤسسات التربية الخاصة.
5. تقصير بعض أولياء الأمور في متابعة أبنائهم في المدارس العامة.
6. تخوف عدد من المعلمين في المؤسسات الخاصة من ضياع وظائفهم في حالة نجاح عملية الدمج.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

عملية تساعد الطفل الكفيف داخل الفصل العادي؟

1. أثناء تعاملك مع الطفل الكفيف لا تتحرج من استخدام مفردات مثل انظر – شاهد أو أسئلة مثل: هل رأيت؟ هل شاهدت؟ بشكل طبيعي تماما فهذه المفردات جزء من مفردات الكفيف التي يستخدمها بشكل معتاد في حياته اليومية.
2. أدمج الطفل الكفيف جنبا إلى جنب نظيره المبصر في كل الأنشطة المدرسية.
3. شجع الطفل الكفيف على أن ينافس على المراكز القيادية من خلال استغلاله لقدراته المختلفة وتنمية علاقاته الاجتماعية.
4. لابد أن يخضع الطفل الكفيف لنفس القواعد الانضباطية التي يخضع لها كل الأطفال داخل الفصل.
5. شجع الأطفال المكفوفين على الحركة والحصول على أدواتهم بأنفسهم.
6. أسعى إلى توفير الأدوات اللازمة للطفل الكفيف داخل الفصل.
7. لابد أن تدرك أن تقبلك للطفل الكفيف سيدعم تقبله لنفسه وسيزيد من مدى تقبل الأطفال الآخرين له.
8. عندما تقترب من الطفل الكفيف عرفه بنفسك مالم يكن يعرفك جيدا ولا تعتمد على الصوت فقط أو تختبر فراسته.
9. عندما تكون ملاحظات على السبورة عليك أن تقرأها بصوت مرتفع وأنت تكتبها.
10. الطفل الكفيف يقرأ أبطأ من الطفل المبصر ومن ثم فهو يحتاج إلى وقت إضافي أثناء الامتحانات.
11. إذا كان في الفصل ضعيف بصر فمن الأفضل أن نضعه في الصفوف الأولى.
12. استخدام الإرشادات اللفظية بدلاً من الإيماءات والإشارات.

دور المسئولين عن عملية الدمج:

- إعداد الأطفال المكفوفين وتأهيلهم على المهارات الأساسية قبل عملية الدمج.
- تخصيص مدارس معينة لدمج المكفوفين بها وتزويدها بالأدوات والوسائل التعليمية والخبرات الفنية اللازمة لذلك.
- تنظيم عدد من المحاضرات والندوات بهدف تبصير المدراء والمعلمين والأطفال المبصرين بعملية الدمج وأهدافها وسيكولوجية المكفوفين وضعاف البصر.
- إقامة المعسكرات الترويحية المشتركة بين المكفوفين وضعاف البصر والمبصرين بهدف التعارف وتعديل الاتجاهات.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

إعداد دليل إرشادي يتناول:

- مفهوم الدمج.
- الخصائص العامة للطفل الكفيف.
- أسباب كف البصر وطرق الوقاية.
- الأنشطة المدرسية وكيفية مشاركة المكفوفين فيها.

الاتجاهات نحو دمج المكفوفين مع المبصرين

ازداد الاهتمام مؤخراً في دول العالم المختلفة بالتوجه نحو تعليم الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين في البيئة التربوية العادية إلى الحد الأقصى الممكن، وقد عرف هذا التوجه بمبدأ البيئة الأقل تقييداً.

وقد انبثقت حركة الاهتمام بالدمج نتيجة جملة من العوامل من أهمها: جهود لجان الدفاع عن حقوق المعوقين، والتشريعات، وتغير اتجاهات المجتمع نحو الإعاقة، وجهود الآباء والأمهات، ونتائج الدراسات التقويمية في ميدان التربية الخاصة المعروفة باسم دراسات الجدوى والتي أشارت إلى عدم فاعلية تدريس الأطفال المعوقين في المدارس والمؤسسات الخاصة، وعدم قدرة هذه المدارس والمؤسسات على استيعاب جميع الأطفال المعوقين.

وفي دول العالم المختلفة كان المعوقين بصرياً الأوفر حظا بين ذوي العاقات المختلفة من حيث توافر الدمج الأكاديمي، فإما يتم وضع المعاقين بصرياً في فصول ذات تجهيزات خاصة ملحقة بالمدارس العادية ولكن الطفل يترك فصله من حين لآخر أثناء اليوم المدرسي ليشارك زملاءه المبصرين في نشاطهم الذي لا يحتاج إلى مجهود بصري، أو يتم وضع المعاقين بصرياً في فصول عادية للأسوياء ذات تخطيط تربوي خاص حيث يسمح للطفل المعاق بصريا أن يترك الفصل العادي ويذهب إلى فصل خاص يزاول فيه النشاط التربوي المحتاج إلى استعمال دقيق للبصر، ويقوم هذا الرأي على زيادة إدماج الطفل المعاق بصرياً مع المبصرين ومساعدته على إبراز ما عنده من قدرت وميول وتقويتها.

وإن اتخاذ مثل هذه الخطوة يتطلب الدراسة الواعية لكل المتغيرات والعوامل التي تضمن نجاحها، ويقف على رأس هذه العوامل اتجاهات المعلمين والأطفال نحو المعوقين بصرياً، ففي درسة مقارنة أجراها بومان Bauman بين مجموعتين من المعاقين بصرياً أحداهما تقيم إقامة داخلية في إحدى المدارس الداخلية الخاصة بالمعاقين بصريا، والأخرى تتعلم في المدارس النهارية، وجد بومان أن هناك فروقا في التوافق الانفعالي لصالح المعاقين بصريا في المدارس النهارية أي أن درجة التوافق الانفعالي للمقيمين إقامة داخلية من المعاقين بصرياً أقل من درجة التوافق التي أحرزها أقرانهم في المدارس النهارية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ويظهر من هذه الدراسة أثر التفاعل بين المعاق بصريا وأسرته من ناحية وتفاعله مع المبصرين في المجتمع من ناحية أخرى، في تنمية الجوانب المختلفة لشخصيته، وفي الحد من الاعتمادية على الآخرين، مما يساعد على تنمية قدراته الذاتية مما يؤدي إلى الزيادة في توافقه الانفعالي مقارنة بأقرانه المقيمين في المدارس الداخلية الذين لا تتاح لهم فرصة التفاعل مع المبصرين في الأسرة والمجتمع.

كما أجرى السرطاوي وآخرون دراسة مسحية للتعرف على آراء المعلمين والمدراء في المدارس الابتدائية ومعاهد التربية الخاصة في مدينة الرياض، نحو أنماط الخدمة التربوية المناسبة للمعوقين ودمجهم، وقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود أثر دال لمتغير الجنس، والمستوى التعليمي، وسنوات الخبرة على مدى تقبل دمج الأطفال المعوقين في المدارس العادية، في حين لم يظهر أثر لمتغيري طبيعة العمل ومكان العمل على الدمج.

ولهذا النوع من الدمج مزاياه وعيوبه يمكن أن نوجزها في التالي:

- **المزايا:**

1. تسمح للأطفال المعاقين بصريا بالاندماج في الحياة العادية مع العاديين باستمرار ومع زملائهم العاديين بصفة خاصة.
2. عملية الدمج لا تحرم الأطفال المعاقين بصريا من التمتع باستمرار العلاقات الاجتماعية وممارستها في المنزل والمجتمع.
3. تتيح للطفل المعاق بصريا بالاختلاط مع زملاءه المعاقين بصريا وكذلك مع زملاءه الأسوياء ومحاولة مجاراتهم في تحصيل الخبرات والإسهام في الأنشطة وهذا يعتبر غاية كل عمل تربوي وتأهيلي.
4. كما إنها تجنب الطفل المعاق بصريا العزلة الاجتماعية التي يشعر بها وهذا يجنب الطفل المعوق كذلك النظرة التشاؤمية لقدراته والأحكام القبلية التي يفرضها مجتمع العاديين من حوله واتجاهات التمييز والرفض والحواجز النفسية ضد المعوقين وخاصة عند تشغيلهم.

- **العيوب:**

1. لا تتوافر في المدرسة أو الفصول الخارجية الملحقة بالمدارس العادية الإمكانيات المطلوبة لهذه الفئة من المعوقين كما هو الحال في معاهدهم الخاصة بهم، والتي تتبع نظام الدراسة الداخلية أو الإقامة الكاملة والبرنامج الشامل.
2. إن تنظيم المدرسة العادية بوسائلها وأنشطتها ومكتبتها ومعاملها وغير ذلك لا يتناسب مع حالة وإمكانيات الطفل المعاق بصرياً الذي يحتاج إلى مدرسة من نوع خاص وتنظيم خاص توفر له حرية الحركة والنشاط.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

3. فضلاً على أن المدرسة العادية تضع عبأ كبيرا على أولياء الأمور في توفير المواصلات اللازمة يومياً للطفل المعوق بصرياً ذهابا وعودة، فضلاً عن ضرورة تفرغ مرافق خاص به باستمرار.

ولكي تنجح فكرة الدمج فلابد من توفر العديد من العوامل التي تعمل على إنجاح فكرة الدمج ومنها:

1. توفير التسهيلات والأدوات اللازمة لإنجاح فكرة الدمج، والتي قد تظهر على شكل غرفة المصادر في المدرسة العادية، بحيث يتوفر في هذه الغرف كل الأدوات اللازمة للمعاقين بصرياً مثل الكتب والمواد الدراسية المكتوبة بطريقة برايل، والكتب الناطقة، وآلات طباعة تلك الكتب بطريقة برايل، وكذلك توفر الأخصائي أو معلم التربية الخاصة المؤهل للتعامل مع هذه المواد المكتوبة.
2. إعداد الإدارة المدرسية والمدرسين والآباء لتقبل فكرة الدمج،وذلك بمشاركتهم في اتخاذ القرار الخاص بالدمج، بحيث تكون فكرة الدمج مقبولة لدى الجميع، وبحيث تتوفر الاتجاهات الإيجابية لدى إدارة المدرسة والمدرسين والأطفال وآباء الأطفال العاديين والمعاقين بصريا نحو فكرة الدمج.
3. تحديد أعداد الأطفال التي يمكن دمجهم بحيث لا تزيد عن ثلاثة أطفال في الصف الواحد، آخذين بعين الاعتبار عدد الأطفال العاديين في الصف العادي ومساحة الصف ومستواه الدراسي.
4. الاعتماد على الأساس القانوني في قضية الدمج، والاعتماد على القوانين التي تكفل حق الحماية والرعاية الصحية والاجتماعية والتربوية للمعاقين، بحيث تستند فكرة الدمج على أساس حقوق المعاقين، لا مجرد شفقة أو منه عليهم.
5. وضع معايير ذاتية وجمعية لتقييم فكرة الدمج من حيث نجاحها أو فشلها وبحيث تتم عملية التقييم بشكل مستمر وذلك لإثراء عملية الدمج وتصويبها.

ثانيًا: متطلبات إدماج المكفوفين مع المبصرين

إرشاد الأطفال المعاقين بصرياً:

1. **تعريف الإرشاد النفسي**: الإرشاد هو المساعدة المقدمة من فرد إلى آخر لحل مشكلاته ورفع إمكانياته على حسن الاختيار والتوافق وهو يهدف إلى مساعدة الأفراد على تنمية استقلالهم وتنمية القدرة على أن يكونوا مسئولين عن أنفسهم.

ولقد توصل حامد زهران إلى تعريف للتوجيه والإرشاد على أنه: عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

مشكلته وينمي إمكانياته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه شخصياً وتربوياً ومهنيا وأسريا وزواجيا.

2. **تعريف إرشاد الفئات الخاصة:** من خلال تعريفنا للإرشاد النفسي يمكن أن نعرف إرشاد الفئات الخاصة بشكل عام بأنها عملية المساعدة في رعاية وتوجيه نموهم نفسيا وتربويا ومهنياً وأسريا وزواجيا، وحل مشكلاتهم المرتبطة بمجالات إعاقتهم أو تفوقهم أو الناتجة عن الاتجاهات النفسية والاجتماعية تجاههم وتجاه حالاتهم بهدف تحقيق التوافق والصحة النفسية.

3. **الحاجة إلى التوجيه والإرشاد للمعاقين بصرياً:** إن الحاجة متأكدة إلى الإرشاد وذلك لأن الإنسان في العادة تعترضه مشاكل مختلفة أثناء حياته وهذه المشاكل تختلف من شخص لآخر، فمنها مشاكل اجتماعية ومشاكل عائلية، ومشاكل أكاديمية، وفي النهاية تأتي المشاكل البيئية، هذا بالإضافة إلى التكيف مع التطورات الصناعية وتقدم علم التكنولوجيا، فهذه المخترعات زادت من متطلبات الحياة وأدت في النهاية إلى عدم تكيف الفرد مع نفسه، وإصابته ببعض الأمراض النفسية وهذه بدورها أثرت على النواحي الاجتماعية والشخصية والأكاديمية.

والإرشاد النفسي يوجه خدماته أساساً إلى العاديين وليس معنى هذا أنه يترك غير العاديين، ولكنه يفرد مجالا خاصا لإرشادهم، لأنهم أحوج الناس إلى الإرشاد النفسي.

وهناك فريق من الباحثين والدارسين والكتاب يرون عدم ضرورة تخصيص مجال من مجالات الإرشاد للفئات الخاصة على أساس أن الكثير من الدراسات والبحوث توضح أنه لا يوجد فروق جوهرية بين العاديين وغير العاديين في جوهر الشخصية في حالة تساوي الظروف والعوامل، والفروق التي توجد إنما هي نتيجة لعوامل بيئية أكثر مما تتعلق بالعاهة أو العائق، كذلك فإن الاتجاهات الاجتماعية تؤثر في مفهوم الذات لدى أفراد هذه الفئات مما يؤثر بالتالي في سلوكهم وتوافقهم وصحتهم النفسية.

وإذا قيل أن الفئات الخاصة يتفقون مع العاديين في أساس الشخصية، فإنهم يحتاجون إلى خدمات الإرشاد النفسي مثل رفاقهم العاديين، وإذا قيل أن الفئات الخاصة لهم سيكولوجيتهم الخاصة، ولهم حاجاتهم الخاصة، ولهم مشكلات نفسية وتربوية ومهنية وزواجية وأسرية خاصة، فإنهم بصفة خاصة يحتاجون بإلحاح إلى خدمات إرشادية خاصة علاجيا وتربويا ومهنيا وزواجيا وأسريا، في شكل برامج

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

مرنة، حتى لا يحرمون من خدمات الإرشاد في خضم الاهتمام بالعاديين الذين يمثلون الغالبية.

والمعاق بصريا كإنسان له متطلبات كثيرة ومتداخلة تفوق متطلبات الإنسان المبصر العادي، فهو بحاجة ماسة لإرشاد خاص في جميع شئون الحياة، في رعاية صحية، وإرشاد نفسي واهتمام تربوي خاص، وإعداد مهني يتميز بالتخطيط والمناهج ويلازمه مادام حيا وفوق كل ذلك لابد له من توعية روحية سلوكية تساعده على تقبل إعاقته بتكيف سعيد وإنتاج سليم، وعلاقات متعاونة مع الآخرين، وبذلك يصبح عضوا عاملاً وليس عالة، بل يساهم بما لديه من واجبات وحقوق بكل عزة وكرامة في بناء الكيان الاجتماعي لأسرته وأمته والإنسانية جميعاً.

4. **أهداف إرشاد المعاقين بصريا:** يقوم إرشاد المعاقين بصريا على أهداف إنسانية كبيرة تتمثل فيما يلي:

- المعوقون بصريا هم أفراد إنسانيون – أخواننا وأبناؤنا وبناتنا – لهم كامل الحق في الحياة الإنسانية الكريمة المنتجة ولهم كامل الحقوق الأساسية.
- هؤلاء رغم إعاقتهم البصرية إلا أن لديهم قدرات وطاقات لا تقل عن غيرهم من الأفراد العاديين، ولعل بعضهم لديه من المواهب والقدرات ما يفوق على كثير من العاديين.
- المعوقون بصرياً في أمس الحاجة إلى رعاية صحية واجتماعية واقتصادية.
- محاولة تعديل أو تغيير اتجاهات الأسرة والمجتمع نحو المعاق بصريا.

كل ذلك يجعل عملية إرشادهم وتوجيههم هدفا دينيا وقوميا وإنسانيا، بحيث لا يعيش عالة على أهله أو مجتمعه، إذ يستطيع أن يعمل منتجا علمياً أو عمليا بما يستغل جوانب القوة في تكوينه.

5. **مجالات الإرشاد للمعاقين بصريا:** إن المعاقين بصريا بحاجة إلى الإرشاد وتأكدت لنا هذه الحاجة من خلال ما يعانيه المعاق بصريا نتيجة لظروف إعاقته، مما يحتم ضرورة تقديم استراتيجيات عملية الإرشاد بطريقة صحيحة وعلى أسس علمية وفي مجالات كثيرة يحتاج إليها المعاق بصريا لمساعدته، ومن هذه المجالات:

- **الإرشاد النفسي:** يتضمن تقديم الخدمات النفسية المتخصصة وتحسين مستوى التوافق الشخصي ومساعدته في مواجهة ما يتعرض من مشكلات، وتصحيح مفهوم الذات وفكرة المعوق بصريا عن نفسه واتجاهاته نحو إعاقته والتوافق معها حتى لا تزداد حالته سوءا وتشجيعه على الاستغلال والاكتفاء الذاتي حتى لا يشعر باعتماده الكامل على

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الآخرين والقلق والتهديد عندما يتركونه، مع مساعدته على تجنب المواقف المحبطة بقدر الإمكان ولكن بدون الحماية الزائدة.

كذلك إرشاد المعاق بصريا إلى التغلب على عناده أو لمؤثراته النفسية الناتجة عن التربية الأسرية الخاطئة وعن عدم الشعور بالاطمئنان من الآخرين والثقة بهم، وإخراج المعاق بصريا من عزلته النفسية وسلبيته ومساعدته عن طريق الرعاية الجماعية أو الرعاية الفردية لتحقيق التكيف الاجتماعي ووضعه في الطريق الصحيح المؤدي إلى التوافق.

- **الإرشاد الاجتماعي**: توجه بعض اتجاهات الناس الخاطئة نحو المعاق بصريا، فأحيانا نلاحظ الشفقة الزائدة، وأحيانا نجد القسوة، وهناك بعض الممارسات والاتجاهات الوالدية الخاطئة تجاه الطفل المعاق بصريا.

ومجال الإرشاد الاجتماعي يهدف أساسا إلى تقليل آثار ظهور الحالة غير العادية في المواقف الاجتماعية بقدر الإمكان، وتعديل الاتجاهات الاجتماعية السالبة والأفكار الخاطئة الشائعة لدى بعض المواطنين في المجتمع الكبير تجاه المعوقين بصريا، ويجب تشجيع الاهتمامات والميول والهوايات المناسبة لدى المعاق بصريا، ويجب العمل على تعديل الظروف الاجتماعية بما يؤدي إلى التوافق الاجتماعي، ويجب تهيئة البيئة الاجتماعية المناسبة للتنشئة الاجتماعية السليمة.

كذلك يجب تعديل نظام واتجاهات أفراد الأسرة وخاصة الوالدين بما يحقق للفرد المعوق بصريا أقصى إمكانيات النمو العادي على أساس نظام الإرشاد الدوري مدى الحياة، ويجب أن يتقبل أعضاء الأسرة الحالة مع التسليم بالواقع، ويجب العمل على تخليص الوالدين من مشاعر الذنب ومشاعر الأسى بخصوص الحالة.

- **الإرشاد التربوي**: للطفل المعاق بصرياً حق التربية والتعليم مثل زميله المبصر فالمعاق بصريا له نفس الاستعدادات والقدرات العقلية التي للطفل العادي وفقدان البصر ربما يغير من بناء الخبرة المقدمة للمعاق بصريا، ولكن هذا لا يعني عدم فهم رئيسي من جانبه،وعلى هذا فالمعاق بصريا له الحق في أن يشترك في ثقافة مجتمعه وحياته، وأن يقوم بالعمل المناسب لظروفه ليصبح عضوا نافعا مفيدا في المجتمع كأي مواطن آخر، وليس عالة عليه أو عنصرا خاملاً فيه.

وحتى نقوم بتقديم خدمات الإرشاد التربوي للمعاقين بصريا لابد أن نوفر لهم المناهج والبرامج الدراسية المناسبة والمدرسين المتخصصين في مجال إعاقتهم، وتوفير الوسائل والأجهزة التعليمية المساعدة التي تزيد من خبرت ومهارات المعاق بصرياً

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

بطريقة إيجابية، وتوفير وسائل المواصلات من المدرسة إلى البيت، وتهيئة المباني لتتناسب مع إعاقتهم من ملاعب ودرج ودورات مياه.

- **الإرشاد الصحي**: يهتم بالعلاج والتصحيح الطبي إلى أحسن درجة ممكنة، وتحويل المعاق بصريا إلى المستشفيات والمراكز الطبية المتخصصة والتي تعالج الأمراض التي تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية، وإجراء العمليات الجراحية اللازمة والتأكد من سلامته الصحية ومتابعتها بشكل مستمر، وتوفير الأجهزة التعويضية والمساعدات البصرية مثل العدسات والنظارات التي قد تؤدي إلى تحسين درجة الإبصار، بالإضافة إلى تدريبهم على استخدام العصا البيضاء حتى يتحقق لهم الأمن الجسمي والنفسي.
- **الإرشاد المهني**: إن الخطوة الأساسية في الإرشاد المهني هي معاونة المعاق بصرياً على فهم نفسه والتعرف على طاقاته وإمكانياته حتى يستطيع أن يستقلها في الناحية التي تعود عليه وبالتالي على مجتمعه بالنفع، ومعاونته على تحقيق التوافق والإشباع المهني، وذلك بالتوفيق بين حاجات المعوق بصرياً والفرص المهنية المكفولة له في ضوء مطالب الأعمال وإمكانياته الذاتية.

وكذلك يهتم الإرشاد المهني بالتعليم والاختيار والتدريب والتأهيل المهني والتشغيل على أساس أن المجتمع يجب أن يكون به مكان لكل فرد أيا كانت درجة إعاقته، ويجب إثارة دافع العمل والإنتاج إلى أقصى حد ممكن بما يفيد في تدعيم الثقة في نفس المعوق بصريا والقدرة على الإنتاج والعمل وكسب العيش.

إرشاد و توجيه الأطفال المبصرين:

إن المتأمل في طبيعة معاملة المجتمعات الإنسانية للمكفوفين يرى أنها تقوم على افتراض أن المكفوفين مختلفون عن غيرهم من الناس، وأن الكفيف بحاجة إلى الشفقة لأنه عاجز ويعيش في عالم صغير مظلم، أو افتراض آخر أنه يملك قدرات حسية خارقة، وما إلى ذلك من اعتقادات خاطئة ليست إلا حصيلة للمعلومات غير الصحيحة الناتجة عن عدم التعامل مع المكفوفين.

وإذا كنا نريد أن نهيئ الظروف الاجتماعية الملائمة للكفيف لتحقيق ذاته، والتمتع بالمسئوليات والواجبات والحقوق التي يتمتع بها أقرانه المبصرون فلا بديل عن مقاومة مثل هذه الاعتقادات الخاطئة، فالحاجز الأكبر الذي يعيق تفاعل الكفيف مع مجتمعه ليس كف البصر بحد ذاته، بل مواقف المبصرين نحوه لها أثر بالغ في تكيفه النفسي، وفي مفهوم الذات لديه، وفي طبيعة ظروفه الحياتية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

إذن نؤكد أن المبصرين والمكفوفين يتشابهون أكثر بكثير مما يختلفون، والفرق بين الكفيف والمبصر هو أن الكفيف يتعامل مع ظروف الحياة اليومية بوسائل وطرق مختلفة بعض الشيء، ولكنها في النهاية تؤدي إلى النتيجة نفسها التي يحصل عليها المبصر، كما أن الإنسان مبصرا كان أو كفيفا بحاجة إلى مساعدة الآخرين، فلا أحد منا يستطيع أن يعيش حياته دون ما يد تمتد لمساعدته بين الحين والآخر، ولكن الافتراض الخاطئ هو أن الكفيف يحتاج إلى مساعدة مبالغ فيها وحماية زائدة، وهنا مكمن الخطر، فالحماية الزائدة تحد من قدرة أي إنسان كفيفاً كان أم مبصراً، كما أن المبصرين يجب ألا ينصب اهتمامهم على الإعاقة نفسها فينظر إلى الشخص الكفيف من خلال كف البصر الذي لديه، وبالتالي إلغاء كل الخصائص الفردية الأخرى، وعليهم أن ينظروا إلى المكفوفين كأفراد لكل منهم خصائصه وصفاته المميزة.

لذا نكرر أن ما يحتاجه الكفيف هو إتاحة الفرصة المناسبة للاستقلالية، وأن يكون جزءاً فاعلاً في مجتمعه، ولن يتحقق ذلك إلا إذا تزود المبصرون بالمعلومات الصحيحة عن المكفوفين وقدراتهم وحاجاتهم وعن الطرق الصحيحة في التعامل معهم.

كيف نتعامل مع المكفوفين؟

لو قدر لأحد منا مقابلة شخص كفيف البصر للمرة الأولى أو التعامل معه، فإنك تتساءل كيف تتصرف معه بطريقة صحيحة تجعلك أنت والكفيف تشعران بالارتياح وذلك عند إتباع الإرشادات التالية:

1. الكفيف مثل أي شخص آخر لا يختلف عنك، لذا عامله كما تعامل أي شخص بشكل طبيعي وبدون افتعال.
2. لا تظهر له العطف الزائد والشفقة، فأكثر ما يؤثر في نفسه كلمة مسكين، فهذه الكلمة تجعله يشعر وكأنه عاجز حقاً.
3. عند التقائك بكفيف لابد من تحيته ومصافحته عوضا عن الابتسامة التي ترسم على شفتيك لغيره.
4. عندما تتحدث مع الكفيف أعلمه أنك تتحدث إليه، فهو لا يرى عينيك حتى يعرف أنك تتحدث إليه، لذا نادِهِ باسمه حتى يعرف أن الحديث موجه إليه، وخاصة عندما يكون مع مجموعة فإنك في حديثك تنتقل من شخص إلى آخر.
5. عند التحدث مع الكفيف لا تحاول رفع صوتك، بل أجعل حديثك معه مثل السوي تماماً لأن ارتفاع الصوت يؤذيه ويؤدي إلى مضايقته.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

6. لا تشعر بالإحراج من استخدام كلمات تتعلق بالنظر مثل: انظر، هل رأيت، من وجهة نظرك ..إلخ، فهذه الكلمات لا تحرج الكفيف فهو يستخدمها في حديثه وإن كان لا يرى.. ولا تتجنب استخدامها لأن ذلك سوف يحرجه.
7. لا تشعر بالإحراج من التحدث عن كف البصر وعن إعاقته، فهذا لا يضايقه لأنه قد اعتاد عليها وإنما عليك إتباع الأسلوب المناسب.
8. إذا قابلت كفيفاً ومعه مرافق مبصر وكان الكفيف يريد شيئا فلا توجه الأسئلة وتخاطب المرافق المبصر بما يريده الكفيف، وإنما خاطب الكفيف نفسه فهو يستطيع التحدث عن نفسه والتعبير عما يريد.
9. عند التحدث مع الكفيف عليك أن تستدير وتنظر باتجاهه وإن كان لا يراك، فهو يشعر ويعرف إن كنت تتحدث إليه وأنت تنظر باتجاهه من خلال اتجاه صوتك، وكما أنه من غير اللائق التحدث إلى شخص مبصر دون النظر إليه، فغن ذلك ينطبق على الكفيف أيضاً.
10. عند دخولك على كفيف دعه يشعر بوجودك وذلك عن طريق إخراج بعض الأصوات، ولا تعتمد على أنه يعلم بوجودك، فهو لا يرأك وأنت تدخل.
11. إذا كنت قد انتهيت من حديثك وأردت الخروج من الغرفة مثلاً، فعليك أن تعلم الكفيف وتنبهه لذلك فهو لا يراك وأنت تخرج.. ومن المحرج له أن يتحدث إليك وهو يظن أنك ما زلت في الغرفة ويكتشف بعد ذلك أنه يحدث نفسه.
12. لا تقدم الكثير من المساعدات للكفيف وخاصة في الحالات التي مكنه القيام بالعمل بمفرده، فإنك إن فعلت تجعله عاجزاً عن القيام بأبسط الأفعال، ومع مرور الزمن فإنه لن يستطيع الاعتماد على نفسه أبداً ويتكل على الآخرين بشكل تام.
13. إذا قام الكفيف بأداء عمل بسيط معتمداً على نفسه، فلا تنظر إليه باستغراب وكان عمله معجزة وتقول له: هل فعلت ذلك وحدك دون مساعدة؟.
14. إذا أردت إرشاد الكفيف إلى موضوع شيء فلا تقل له هناك فهو لا يرى هناك.. وإنما كن دقيقا في الشرح وقل مثلاً: على يمينك على بعد ثلاثة أقدام وهكذا.
15. عند تواجدك في مكان ما مع كفيف أشرح له ما يوجد حوله حتى تكون لديه فكرة عما يحيط به، تفاديا لما قد يقع إذا تحرك دون أن يكون على علم مسبق بما حوله، فقد يصطدم بأشياء أو يوقع أشياء أخرى إذا لم يكن على علم مسبق بموقعها، وكذلك فإن الأشياء المعلقة والبارزة على مستوى رأسه قد تكون خطيرة عليه إذا لم يعلم بوجودها.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

16. لا تترك الأبواب نصف مفتوحة فإن ذلك يعرض الكفيف لخطر الاصطدام بها، فالأبواب يجب أن تكون إما مغلقة تماما أو مفتوحة تماماً.
17. إذا لزم الأمر تغيير أثاث الغرفة أو تحريك أي قطعة من مكانها الذي اعتاد عليه الكفيف، فعليك إعلامه بهذا التغيير تجنبا لأي صدمات غير متوقعة.
18. عند إعطاء شيئا ما للكفيف لا تقل له خذ فهولا يرى اتجاه يديك وموقعك، وبالتالي فإنك إما أن تصدر صوتا بالشيء الذي تريد تقديمه له فيسمع الصوت ويعرف الموقع والاتجاه ويسهل عليه أخذه، وإما أن تقربه إلى يده حتى يلمسه ويشعر به فيستطيع أخذه.
19. عند تقديمك شرابا من أي نوع للكفيف لا تملأ الكأس إلى آخره، فإن ذلك يؤدي إلى سكبه.
20. إذا قدمت للكفيف طعاماً فأذكر ما هو هذا الطعام، وأذكر موقعه على الطاولة وموقع الكأس والأدوات الأخرى، وذلك لكي يتسنى له أخذه دون أن يوقعه، وأفضل طريقه لشرح مواقع الأشياء هو استخدام طريقة الساعة، وهي كالتالي: تشرح للكفيف وتقول له إن الكأس عند الساعة 6 والطبق عند الساعة 3 وقطعة الجبن عند الساعة 9 وهكذا.
21. عند توصيلك الكفيف إلى سيارة ما، لا تفتح له الباب فإنك إن فعلت تعرضه لخطر الاصطدام بحافة الباب، لذا يكفي أن تضع يده على مقبض باب السيارة وهو يقوم بالباقي.
22. إذا قابلت كفيفا في الطريق فلا تمسك يده مباشرة وتجره فقد لا يحتاج إلى مساعدتك.. وعليك أولا أن تعرض عليه المساعدة فإذا كان بحاجة إليها طلبها منك وإذا رفضها فهذا يعني أن بإمكانه الاعتماد على نفسه في هذا الأمر ويجب أن نشجعه على ذلك.
23. إذا أردت أن ترشد الكفيف إلى مكان ما وأصبحت أنت المرافق المبصر فلا تجره خلفك جرا أو تدفعه أمامك دفعاً، وإنما اتبع طريقة المرشد المبصر الصحيحة وهي كالتالي:

- يقف المرشد المبصر متقدما نصف خطوة عن الشخص الكفيف، ويقف الكفيف إلى جانب المرشد المبصر.
- يمسك الكفيف منطقة فوق الكوع (المرفق) للشخص المبصر خلف خط الوسط بالنسبة لجسم الكفيف، مستخدما يده اليمنى ليمسك فوق المرفق لليد اليسرى للمرشد المبصر وتكون مسكة اليد معتدلة وخفيفة.
- عند السير في ممرات ضيقة يقوم المرشد بتحريك يده التي يمسك بها الكفيف إلى الخلف وسط ظهره، وهذه الإشارة تنبه الكفيف إلى الوقوف خلف المرشد مباشرة على بعد خطوة وبعد الانتهاء يعيد المرشد يده إلى الوضع السابق.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- عند صعود ونزول السلالم على المرشد أن يتوقف برهة للإشارة بأنه سوف يصعد أو ينزل السلم،ومن حركة جسم المرشد سوف يدرك الكفيف أنه سوف يصعد أو ينزل السلم ومن الممكن أن يوضح ذلك لفظاً بقوله (أصعد الدرج).
- عند الجلوس على مقعد يقوم المرشد بوضع يد الكفيف على ظهر أو يد الكرسي.

مواجهة مشكلات المعاقين بصرياً المدمجين :

هناك ثمة مشكلات شائعة توجد لدى الأشخاص المعاقين بصريا، وهنا سوف نلقي الضوء على مشكلتهم (النفسية، والاجتماعية، والأسرية، والتربوية،والمهنية) ودور المرشد في تقديم الخدمات الإرشادية المناسبة لهم.

أولاً: المشكلات النفسية:

إن مجرد الشعور بالاختلاف عن العاديين يسبب للفرد قلق نفسي، لذا لا يمكن الفصل عادة بين نواحي القصور الجسمي والشعور النفسي، فالارتباط بينهما وثيق وهناك بعض البيانات التي تدل على أن ارتفاع نسبة المصابين بالعصاب بين المعاقين بصريا أكثر من النسبة المعتادة وكلما كانت الإصابة أكبر كانت المظاهر النفسية أسوأ لأن عجز المعاق بصريا يفرض عليه عالما محدودا وحين يرغب في الخروج من عالمه الضيق والاندماج في عالم المبصرين وحتى يستطيع ذلك فهو يحتاج إلى الاستقلال والتحرر ولكنه حينما يقوم بذلك يصطدم بآثار عجزه التي تدفعه مرة أخرى إلى عالمه المحدود وحينئذ يتعرض لاضطرابات نفسية حادة نتيجة لشعوره بعجزه عن الحركة بحرية وعلى السيطرة على بيئته كما يسيطر عليها المبصر.

فحركة المعاق بصرياً تبدو مضطربة بطيئة وتخلو من عنصر أساسي هو عنصر الثقة، فهو يتلمس طريقة تلمساً يتجلى فيه الخوف من أن يصطدم بشيء أو يتعثر أو يقع، وخوفه هذا المستمر يجعله أميل إلى عدم الخوف في مغامرات استطلاعية قد تعرضه لألوان من الأذى، ولذلك يكبت المعاق بصريا دافعاً إنسانياً أصيلا هو حب المعرفة واستجلاء أسرار ما حوله، وإذا استجاب المعاق بصريا مرة لدافع حب الاستطلاع فإنه قد يتعرض لتجربة قاسية تجعله يكبت هذا الدافع فيما بد إذا ما قام صراع بينه وبين الدافع إلى الأمن.

ولقد أشار وارين إلى أن العديد من الدراسات التي بحثت في العلاقة بين الإعاقة البصرية والأمراض العصابية تشير إلى أن هذه الأمراض تنتشر بين المعاقين بصريا بدرجة أكبر من انتشارها بين المبصرين كذلك فقد أضاف وارين بأن هذه الأمراض تنتشر بين الإناث من المعاقين بصرياً بدرجة اكبر من انتشارها بين الذكور.

وبالنسبة للتوافق الانفعالي بينت بعض الدراسات أن لدى المعاقين بصريا سوء توافق انفعالي أكثر من المبصرين وإنهم أكثر عرضه للمشكلات الانفعالية من المبصرين، وتشير

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الدراسات إلى أن المعوقين بصريا الملتحقين بمؤسسات خاصة يواجهون مشكلات انفعالية أكثر من تلك التي يواجهها الملتحقون بالمدارس العادية وإن الذين لديهم إعاقة بصرية جزئية لديهم مشكلات انفعالية أكثر من المكفوفين كلياً.

ولقد أكد كروس ذلك عندما أشار إلى أن العديد من الدراسات قد أكدت أن بعض المعاقين بصريا يعانون من القلق والاكتئاب والتوتر، وأن هذه المشاكل ناتجة عن القصور في البرامج الترويحية، مما سبق يتضح لنا أن القلق يعتبر من أبرز الخصائص العصابية للمعاقين بصريا، ولقد فرق فرابيج بين نوعين من القلق (قلق الانفصال) وهو قلق المعاق بصريا من انقطاع العلاقة بينه وبين الأفراد الذي يعتمد عليهم في تدبير شؤون حياتهم وفي إمداده بالمعلومات البصرية، ومن هؤلاء الأفراد، الوالدين والأخوة والأصدقاء، أما النوع الثاني من القلق فهو (قلق الفقدان الكلي للبصر)، وهذا النوع خاص بضعاف البصر من المعاقين بصرياً الذين يخشون فقدان البقية الباقية من بصرهم ويصبحوا مكفوفين كلياً.

كلما أورد كل من لونيفيلد ووارين تلخيصاً لنتائج الدراسات التي أجريت حول موضوع الانطواء والانبساط لدى المعاقين بصريا يشتمل على النقاط الأربعة الآتية:

1. إن الإناث من المعاقين بصريا أكثر ميلاً للانطواء من الذكور.
2. إن ضعاف البصر من المعاقين بصريا أكثر ميلاً للانطواء من المكفوفين كليا.
3. إن ذوي الإعاقة الطارئة أو المكتسبة أكثر ميلا للانطواء من ذوي الإعاقة البصرية الولادية.
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الكفيف كليا والمبصر على مقياس الانطواء والانبساط.

ويمكن التعليق على النقاط الأربعة السابقة بالقول بأن فقدان البصر بالنسبة للأنثى يحد من إمكانية قيامها بدورها الطبيعي في الحياة المتمثل في العناية بشئون المنزل وتربية الأبناء، ويقلل من فرصة زواجها واستقرارها، مما يؤدي إلى ميلها للانطواء والعزلة، كما أشارت العديد من الدراسات إلى أن الشخص الكفيف كليا يكون أفضل توافقا وأكثر انبساطا من الشخص الذي لديه بقايا بصر حيث إن ضعيف البصر لم يستقر بعد من العمى الكلي، وإن بصره خلال حياته (إعاقة طارئة) يميل إلى المعاناة من الأنطواء ومن الصعوبات في التوافق والتكيف والتفاعل مع الآخرين بشكل أكثر من الشخص الذي ولد معاقا بصريا.

كذلك عندما يجد المعاق بصريا أن هنالك تناقضا كبيرا بين المعاملة التي يلقاها في البيت وتتسم غالبا بالاستجابة لكل مطالبه وبالعفو عنه إذا أخطأ (لأنه كفيف)، وبين المعاملة التي يلقاها من الأفراد في البيئة الخارجية، وهي معاملة – في بعض الأحيان – قد تتسم

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

بالقسوة، هذه المواقف المتناقضة تجعل المعاق بصريا أميل إلى العزلة والانطواء، وتنازعه نتيجة ذلك أنواع من الصراع، فهو في صراع بين الدافع إلى الاستقلال والدافع إلى الأمن، إذ أنه في محاولته ليكون شخصية مستقلة يخشى في الوقت نفسه أن يتعرض أمنه للخطر، وينتهي الصراع بين الدافعين إما إلى تغلب الدافع إلى الاستقلال فينمو باتجاه الشخصية القسرية التي تطغى عليها المواقف العدوانية، أو يتغلب الدافع إلى الأمن فينمو باتجاه الشخصية الانسحابية.

وتنتاب المعاق بصريا نتيجة هذه الصراعات ونتيجة المواقف التي يقررها أنواع من القلق: فهو يخشى أن يرفض ممن حوله بسبب عجزه ويخشى أن يستهجن الناس سلوكه ويستنكرون أفعاله، وهو في خشية دائمة من أن يفقد حب الأشخاص الذين يعتمد أمنه على وجودهم واستمرار حبهم له، ويخشى كذلك أن تقع له حوادث لا يمكنه أن يتفادها لأنه معاق بصرياً.

ويلجأ المعاق بصريا لأنواع من الحيل الدفاعية لمواجهة أنواع الصراع والمخاوف أهمها التبرير، فهو إذ يخطئ، يبرر أخطاؤه بأنه معاق بصريا عاجز، رغم إن عجزه قد لا يكون له دخل كبير فيما أرتكب من أخطاء، وهو يلجأ لهذا الأسلوب حينما ينفر من قبول التفسير الصحيح عما فعل.

كما يلجأ المعاق بصريا للكبت كوسيلة دفاعية توفر له ما يطمح إليه من شعور بالأمن وتوفير الرعاية له وتجنبه الاستهجان والاستنكار فيضغط على بعض رغباته، ويمتنع عن تنفيذ بعض النزوات، ويضحى ببعض اللذات من أجل الحصول على تقبل الناس له والفوز بالشعور بالأمن وتجنب الاستهجان والاستنكار.

وقد يلجأ للاعتزال كوسيلة هروبية من بيئة قد يخيل إليه أنها عدوانية أو أنها على الأقل لا تحبه بالقدر الذي يرضى نفسه، كما يلجأ إلى التعويض كاستجابة لشعوره بالعجز أو النقص فيكرس وقته وجهوده مثلا لينجح في ميدان معين يتفوق فيه على أقرانه، ويستلزم منه التفوق بذل أكبر مجهود فيضغط على نفسه مكرها على أن يتحمل من المشاق ما قد يتجاوز طاقتها، فتكون احتمالات انهيارها نتيجة لذلك وسقوطها وإصابته بالإرهاق العصبي احتمالات كبيرة، وهو بلجوئه إلى هذه الحيل يكون مدفوعاً بشعوره بأنه أقل كفاءة من المبصر.

والمعاق بصريا مثل العادي عليه أن يواجه المشكلات التي يواجهها كل فرد في المجتمع مثل مشكلات النمو، وخصوصا مراحل المراهقة واكتمال النمو، كذلك مشكلات التوافق الاجتماعي، وقد وجد فأين في دراسة أجراها ، نسبة مرتفعة من الاضطرابات الانفعالية لدى المعاقين بصريا، ومتعلقة باضطرابات الشخصية خلال مراحل النمو، ومن الظواهر غير

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

العادية في الشخصية التي تلاحظ كثيرا عند بعض المعاقين بصرياً كثرة التخيل، وأحلام اليقظة.

فأحلام اليقظة يمكن اعتبارها ظاهرة عادية حيث إنها موجودة عند جميع الأفراد تقريبا وقد يكون لها فائدة أحياناً، حيث تعمل على التنفيس عن بعض الرغبات، كما قد تؤدي إلى حث الدوافع عند الإنسان لتحقيق ما يتمناه، إلا أن كثرتها قد تؤدي إلى السلبية، وبالتدريج قد تؤدي أيضاً إلى خروج الإنسان عن عالم الواقع إلى عالم الخيال الذي يبنيه على هواه، ويحقق فيه كل رغباته.

والواقع أن المعاق بصريا كالشخص العادي قد يشعر بالإحباط فيلجأ إلى أحلام اليقظة في محاولة تعويضية لإشباع نزعاته المختلفة، ويلاحظ أن أحلام اليقظة كأحلام النوم عند المعاق بصرياً، عبارة عن صور صوتية، وليست بصريا خصوصا عند المولود أعمى،وفي أحلام اليقظة يحقق ما عجز عن إدراكه، أو فهمه، أو إشباعه في العالم الخارجي.

ونظرا للظروف المحيطة التي تحيط بالمعاق بصريا فإن لجوئه إلى مثل هذه الإشباعات البديلة قد يكون أكثر منه لدى العاديين، وقد يصاحب هذه التخيلات كلام كثير مع نفسه يناقش فيه سلوكه وسلوك الآخرين، وكثرة أحلام اليقظة وزيادتها عن الحد المعقول قد تؤدي إلى تعود المعاق بصريا الحياة في عالم من نسيج الخيال يشبع فيه رغباته، ويحقق آماله وينتصر على أعدائه، ويحصل فيه على ما لم يحصل عيه في عالم الواقع، وقد يؤدي هذا بالتدريج إلى انفصاله عن عالم الواقع إذا ساعدت ظروف أخرى على ذلك إضافة إلى ذلك توجد أدلة من خلال ما أسفرت عنه نتائج بعض البحوث السابقة عن وجود علاقة بين أثر الإعاقة البصرية على الخصائص النفسية للمعاق بصرياً.

فقد قامت موهل بدراسة أنواع المخاوف والقلق والأحلام عند الأطفال المعاقين بصرياً عن طريق إجراء مقابلات فردية معهم ووصلت من دراستها إلى أن المعاقين بصريا يعانون جمودا في سلوكهم مرده إلى عوامل انفعالية أكثر منها عضوية، كما وجدت أن غالبية هؤلاء الأطفال يخلقون لأنفسهم أنواع متباينة من الأوهام كما أنهم يعانون شعورا بالنقص نتيجة لعجزهم الذي يصاحب بجيل لا شعورية.

كما أجرى كتسفورث Cutsforth بحثا على 84 معاقا بصريا ومعاقا بصريا تراوحت أعمارهم بين 7–25 سنة، وذلك بغرض التعرف على الأوهام التي يعايشونها بسبب فقد البصر، ووصل من دراساته إلى تقسيم أوهام المعاقين بصريا إلى ثلاثة أقسام هي:

1. أوهام يحاول خلالها المعاق بصريا أن يحرر نفسه من اتجاهات المجتمع نحوه وذلك بتحطيم مصدر مضايقاته.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

2. أوهام يقوم فيها المعاق بصريا بدور البطل الذي يدمر ما يحيط به.
3. أوهام يتخذ المعاق بصري من خلالها موقفا انسحابيا هروبيا.

وتهدف الدراسة التي قام بهاماتسون وآخرون Matson إلى الكشف عن طبيعة القلق لدى الأطفال والشباب المعاقين بصريا، لتحقيق هذا الهدف، تم تطبيق مقياس القلق على عينة مكونة من 29 أنثى و46 ذكرا من الأطفال والشباب المعاقين بصريا وتمتد أعمارهم من 9 إلى 22 سنة، وعلى عينة أخرى مكونة من 40 أنثى و60 ذكرا من الأطفال والشباب المبصرين والذين تمتد أعمارهم من 9 إلى 22 سنة، وانتهت النتائج إلى أن عينة المعاقين بصريا أكثر قلقا من عينة العاديين، كما تبين أن الإناث المعاقات بصريا أكثر قلقا من بقية المجموعات الأخرى.

وهناك دراسة اشارت نتائجها إلى الأعصبة النفسية للمعاق بصريا على النحو التالي:

1. المعاقين بصريا أكثر قلقا، وشعورا بالرهاب، والوسواس القهري والاعرض السيكوسوماتية، والهستيريا، والاكتئاب، من المبصرين.
2. الإناث المعاقات بصريا أكثر قلقا، وشعورا بالرهاب، والوسواس القهري، والأعراض السيكوسوماتية، والهستيريا، والاكتئاب، من الذكور المعاقين بصريا.

كذلك حظيت تأثيرات الإعاقة البصرية على مفهوم الذات باهتمام بحثي كبير فمفهوم الذات قد يتأثر سواء كانت الإعاقة البصرية كلية أو جزئية، فالذات هو جوهر الشخصية، ومفهوم الذات هو حجر الزاوية فيها، وهو محدد هام للسلوك وقد يسيطر عامل سلبي على مفهوم الذات لدى الفرد كما في حالة الإعاقة البصرية، فيعمم الفرد القصور على الشخصية ككل وينعكس ذلك على سلوكه فيظهر مترددا ضعيف الثقة في نفسه وغالبا ما ينشأ المعاق بصريا في منزل مليء بالعطف والمساعدة يزداد أمنه وثقته بنفسه حتى إذا ما اكتشف مؤخرا قصوره عن أقرانه فإنه يعقد الصورة الأولى، ويضعف مفهوم الذات لديه حيث لا يوجد ما يدعم ثقته بنفسه، وهذا ما يحدث أيضا عندما يوضع الشخص المعاق بصرياً في فصل من فصول العاديين فيشر بقصوره عن أقرانه، فيعمم ذلك في شكل قصور عام شامل في إدراكه الذاتي، وقد يصعب تعديله فيما بعد.

إن من العوامل الرئيسية المسئولة عن كيفية إدراكنا لأنفسنا وتقييمنا لذواتنا هو العامل المرتبط بتفاعلاتنا مع الآخرين، وتبعا لذلك، فالأسرة هي الوسط لفحص القدرات ومعرفة القيود، فطريقة استجابة الأفراد وتعايشهم مع الضغوط والإعاقة تعكس استجابة أسرهم لهم. والأسرة قد تؤثر إيجاباً أو سلبا على العملية التأهيلية، فقد لا تسمح الأسرة للطفل المعاق بصريا أن يعمل بأدوات معينة خوفا من أن يؤذي نفسه، فالحماية الزائدة قد تسهم في إضعاف مفهوم الذات لدى العديد من الأشخاص المعوقين بصرياً.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ويرتبط تأثير الإعاقة البصرية على مفهوم الذات أيضاً بشخصية الفرد قبل حدوث الإعاقة، حيث أن الشخص الذي كان يتمتع بصحة جيدة ويقوم بوظائفه كاملاً يواجه الآن نمطاً حياتيا مختلفا والى أن يتطور الاستبصار وتطفو الإحباطات على السطح، فإن عواطف الشخص المعاق بصريا قد تجعل من الإعاقة شعور مؤلم بالنسبة له.

ووجد لوكوف Lukoff وآخرون أنه عندما يقترن المعاقين بصريا من المبصرين فإنهم يلتزمون بصورة أكبر بمستويات المبصرين وليس بمستويات زملائهم من المعاقين بصريا، وعلى عكس ذلك، عندما يقترن المعاقين بصريا بأشخاص معاقين بصريا آخرين، فإنهم يميلون إلى الاستجابة بشكل كامل لمستويات زملائهم ويكون للأشخاص المهمين في حياة المعاقين بصريا أثر كبير في الطريقة التي يشعرون بها تجاه ذواتهم وكذلك يشعرون عادة أن الإعاقة تحجب عن الآخرين تمييز ما يتمتعون به من قدرات إيجابية، وأن الإعاقة البصرية تنعكس على جميع العلاقات التي يرغبون المشاركة فيها.

ولقد أكدت النتائج التي توصل إليها ميجان Meighan وذلك في دراسته لمفهوم الذات عند مجموعة من المعاقين بصريا المراهقين حيث أظهرت ضعفا في شخصية هؤلاء المراهقين، إضافة إلى اتجاهات سلبية نحو العمل، وانتشار القلق والاكتئاب.

ويتضح من هذه الدراسات أن هناك انخفاضاً في مفهوم الذات لدى المعاق بصرياً مقارنة بالمبصرين، وهذا معناه عدم ثقة المعاق بصريا في قدراته الذتية واعتماده على الآخرين بشكل كبير إضافة إلى نقص في الخبرات الناجحة التي يمر بها، حيث إن الخبرات الناجحة تعتبر ضرورية لنمو مفهوم الذات بشكل مناسب.

أما بالنسبة للسلوك العدواني فلقد أشارت العديد من الدراسات إلى ندرة أداء المعاقين بصريا للسلوك العدواني الجسمي، بينما السلوك العدواني اللفظي يصدر عن المعاقين بصريا بدرجة أكبر من المبصرين، وفيما يتعلق بالسلوك العدواني الموجه نحو الذات فهو عند المعاقين بصريا بدرجة أكبر من المبصرين لأن هذا السلوك ينتج عن الشعور بالإحباط أو الفشل الذي يرجعونه إلى عوامل داخلية وليس إلى عوامل خارجية مما يدفع المعاقين بصريا إلى توجيه اللوم لذواتهم وإيذاء أو إيلام أنفسهم في بعض الأحيان، وهذا عكس المبصرين الذين يرجعون أسباب فشلهم معظم الأحيان إلى عوامل خارجية والى أشخاص آخرين وبالتالي فإنهم يوجهون سلوكهم العدواني نحو الآخرين.

كذلك إن استجابة مشاعر الغضب قد تنجم عن مواقف محبطة تهدد فيها مشاعر الكفاية والأمن، أو مواقف يدرك فيها المعاق بصريا ذاته بوصفه لا يرقى إلى مستوى التوقعات والأشخاص المبصرين الذين لايشعرون بالراحة عند تفاعلهم مع المعوقين بصريا

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

غالبا ما يتجنبونهم أو ينظرون إليهم كعاجزين واعتماديين وغير قادرين على العناية بأنفسهم وعلاوة على الضغط الجسمي فإن ردود الفعل هذه من قبل الآخرين قد تولد مشاعر العداء والعنف لدى الشخص المعوق بصريا، وغالبا ما يعبر الأشخاص المعاقين بصريا عن تلك المشاعر لأن الإحساس بضرورة الصبر والقوة والمعاناة طويلة المدى كثيرا ما تكون جزءا من مفهوم الشخص لذاته، والأساليب النفسية مثل النكران أو الانسحاب أو الإسقاط قد لا تمكن المعوقين بصريا حتى من وعي مثل هذه المشاعر، كذلك فإن القيود الشديدة على الحركة قد تحول دون التعبير عن الغضب بوسائل جسمية.

ويتم التعبير عن الإحباط والغضب لدى المعوقين بصريا أحيانا عبر السخرية والتهكم وفقا لذلك فقد لا يشجع الأشخاص المعوقين بصريا الأشخاص الآخرين ظاهريا على تكوين الصداقة معهم وذلك يناقض تماما مع ما يودون عمله، وقد يكون لديهم مستوى شديد من القلق فيصفون أنفسهم بأوصاف سلبية، مثل طريقتهم في التنقل أو تناول الطعام، إن على المرشد أن يتعامل مباشرة لا مع التهكم والسخرية وإنما مع الإحباطات المسئولة عن هذه الاتجاهات.

ومن الصعوبات التي يواجهها مرشدو المعاقين بصريا الاعتمادية (الافتقار إلى المشاركة والافتقار إلى الدافعية من قبلهم) فالمعاق بصريا بطبيعة عاهته يعتمد على غيره في بعض الأحوال، ويعتبر هذا عادياً ولكن إذا كان الاعتماد على الغير تاما وفي كل الأحوال فإن هذا يجعل منه شخصية اتكالية إلى حد كبير، وقد تأخذ هذه الاتكالية في التزايد – كوسيلة هروبية – حتى تشمل كل نواحي الحياة تقريباً، فالطفل المعاق بصريا في حاجة ماسة إلى الشعور بالاستقلال، لأن الاستقلال والاعتماد على النفس، ولو أحيانا يؤدي إلى تقدير الذات، إنه يشعر دائما أن هناك من يعتني به هناك من يطعمه، هناك من يقوده ويحركه من مكان لآخر، ولكنه في محاولته تلك لبناء ذاته المستقلة يشعر أيضاً بالملل والتمرد لتبعيته للآخرين ولذلك فإن تربية الطفل المعاق بصريا يجب أن تشمل أيضاً إعطاؤه الحرية والفرصة للاعتماد على النفس، بتدريبه على الحركة في الحدود الآمنة، وقضاء بعض حوائجه مهما لاقى في ذلك من صعوبات كالاغتسال وترتيب سريره وارتداء ملابسه وإطعام نفسه، ثم إعطاؤه الفرصة للحركة داخل المنزل وخارجه، وهكذا تتاح له الفرصة لنمو الشخصية المستقلة المعتمدة على نفسها.

كذلك يخطئ بعض الوالدين ويتبعون أسلوب الحماية الزائدة لأولادهم المعاقين بصريا وكثيرا ما يرفض هؤلاء الأولاد هذه الحماية الزائدة، ويشعرون بأنهم ليسوا عجزة إلى هذا الحد الذي سيتصوره ذويهم، ويناضلون للتخلص من ذلك ولتحقيق الاستقلال، وفي

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الواقع يوجد نوعان من الآباء الذين يحمون أولادهم حماية زائدة كمحاولة لإخفاء شعورهم بالذنب فمنهم:

- آباء يتقبلون أبناءهم.
- آباء يرفضون أبناءهم.

ومعروف أن الحماية الزائدة اتجاه سلبي وخاطئ تربوياً حيث إن المبالغة في أي شيء غير مرغوب فيها، وهذا الاتجاه خليط من التشدد والحنان والعطف الذي يكون المعاق بصريا محوره، والطفل المعاق بصريا بحاجة إلى الاعتماد على النفس، والاستقلال، وتعلم عمل الأشياء المناسبة له بنفسه، والحماية الزائدة ليست عطفا عليه، ولكنها خدمة سيئة وغير مطلوبة، وهي تضيف عبئاً جديداً على مشكلات الطفل المعاق بصريا، والحماية الزائدة تتضمن في الواقع عدم تقبل الطفل المعاق بصريا كفرد له حقوقه الذاتية قادر على أداء الوظائف المناسبة لقدراته، وعلى المدى الطويل فإنها تهدد شعوره بالأمن، وتثير فيه الخوف من فقد الحماية.

دور المرشد في المشكلات النفسية:

ينبغي أن يتعرف المرشد على تأثير الإعاقة البصرية على شخصية المعاق وسلوكه وما لديه من استعدادات عقلية، ومستوى ذكاءه، ومدى قدرته على الاستفادة من البرامج الموجودة.

على المرشد أن يحاول تغيير نظرة المعوق عن نفسه، وأن يعمل على تنمية النواحي الإيجابية في المعوق بصري لكي يتقبل النواحي السلبية دون تأثير في مفهومه عن ذاته، وفي عملية توافق مع مزيج من الحب والتقدير، وبذلك تمحو النواحي الإيجابية أثر النواحي السلبية.

إن أساليب الرعاية الطبية والتعليمية والاجتماعية التي تأخذ طريقها في وقت مبكر من حياة الطفل المعوق بصريا بما في ذلك خدمات الإرشاد النفسي للوالدين تعمل على تحسين اتجاهات واحترام الذات وتقديرها لدى الأطفال المعوقين بصرياً.

ويجب على المرشد في حالة الإعاقة البصرية المكتسبة أن يتعرف على شخصية الفرد قبل حدوث الإصابة، وقد لا يعي المرشد مفهوم الذات لدى الشخص قبل الإصابة مالم يقم هو أو أسرته أو المؤسسة التي أحالته بتقديم معلومات مفيدة حول ذلك، فإذا كان مفهوم الذات لدى الشخص ضعيفا في الماضي، أو كان لديه مشاعر بعدم الكفاية، فالإعاقة قد تزيد تلك المشاعر إضافة إلى الدراسة الفردية والمعلومات التي يتم الحصول عليها من التقارير الذاتية فباستطاعة المرشد استخدام طريقة مككلفي وردلاند Mckelvie and Friedland

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

لتعريف مفهوم الذات لدى الشخص ويساعد هذا الأسلوب أيضا على إيضاح أهداف ومخاوف وحاجت وإدراكات الشخص، وبهذا الأسلوب يمكن للمرشد أن يوظف خبرات الطفولة المبكرة لجمع المعلومات الأساسية الأمر الذي يسمح بالتركيز على مفهوم الذات طويل المدى، وتذكر الخبرات الماضية لا يقدم المعلومات فقط ولكنه يولد المشاعر أيضا وكما يقول مككلفي وفردلاند Mckelvie and Frieddland (إن الفروق في المنطق الشخصي تؤثر على المشاعر في موقف ما، فلا تحاول أن تتخمن كيف شعر المسترشد) إن الهدف من تذكر الخبرات السابقة ليس إبلاغ المرشد بخبرات الطفولة بقدر ما هو فهم الظروف الراهنة للمعاق بصريا (المسترشد) فالتفسيرات يجب أن تكون ذات علاقة بالحاضر والمعاق بصريا يجب أن يصادق على افتراضات المرشد، وهذه الطريقة مفيدة من أجل التعرف على شخصية ومفهوم الذات للمعاق بصريا قبل حدوث الإعاقة ولمعرفة التغيرات التي تطرأ عليها بسبب الإعاقة والعملية الإرشادية عموما تركز على مقاومة الفرد المعاق بصريا للتعامل مع إعاقته كجزء من الذات، وهذا أمر ملحوظ بوجه خاص في حالات الإعاقات الناجمة عن الإصابة المتأخرة.

وباستطاعة المناحي الإرشادية المعرفية مثل نظرية العلاج العقلاني العاطفي لألبرت إليس التعامل مع الغضب الذي ينجم عن الإحباط ويصبح دور المرشد مساعدة الشخص المعوق بصريا على تغيير أفكاره واتجاهاته ومعتقداته غير العقلانية، والأسلوب الرئيسي الذي يستخدمه المرشد العقلاني العاطفي هو مساعدة الشخص المعوق على تحقيق التحليل الذاتي العقلاني وبالإضافة إلى المساعدة على الحد من الاتجاهات غير العقلانية يستطيع المرشد أيضاً مساعدة المعاق بصريا في عملية التعبير السلوكي عن المشاعر. فالعلاج التعبيري الحديث يسهل عملية التنفيس عن الغضب من خلال أساليب مثل الصراخ أو السيكودراما المستخدمة لتصريف الغضب يمكن لها أن تؤدي إلى تزايد القدرة على الإحساس بالغضب وبالتالي مساعدة الشخص على اكتشاف طرق اجتماعية مقبولة لتوجيه الغضب، والغضب الذي لا منفذ للتعبير عنه قد يجلس على كرسي ويشجع المعاق بصريا على إجراء حوار بين ذاته الغاضبة وذاته التي تعاني معاناة طويلة الأمد، وعندما يتواصل المعاق بصريا مع الغضب يمكن توظيف عدة أساليب لإخراجه، فمثلا يستطيع المرشد أن ينصح المعاق بصريا بأن يتصل هاتفيا بالشخص الذي أثار الغضب لديه والخط مغلق.

إن الاستجابات غير السوية من الآباء تتطلب وقتاً لفهم الموقف على حقيقته، وللتصرف بطريقة سوية، والتخلص من المشاعر غير المناسبة، والإرشاد النفسي في هذا الوقت يكون أكثر فائدة، لذلك من المهم توفير خدمات الإرشاد النفسي وجعلها ميسورة لأسر المعاقين بصريا إنه من الجلي أن تأخير أو تعويق عملية الإرشاد قد تؤدي إلى تكوين أنماط لا سوية في شخصية الطفل تتكون كنتيجة لسلوك الوالدين مما يؤدي إلى تأصيلها،

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وبالتالي قد تساعد على الانحراف ولكن إذا نما الطفل مستقلاً معتمداً على نفسه فإنه لا يخشى التغيرات، أو المواقف الجديدة التي لم يكتشفها بعد، كما أنه يستطيع الاعتماد على إمكانياته المحدودة، ويستطيع تعلم اكتشاف المواقف الجديدة، والتعامل معها، إن الحماية الزائدة قد تكون عقبة في نمو الطفل، وتؤثر في شخصيته من حيث العلاقات الاجتماعية والشعور بالأمن.

إن أهم أنواع العطف الذي يمكن أن توفره الأسرة للطفل المعاق بصرياً، وأصعبها أيضا هو أن تتجنب الحماية الزائدة بأي طريقة، وتعليمه كيف يمكن أن يعتمد على نفسه ليصبح مستقلاً والطفل المعاق بصريا إذا كان عليه أن ينمو بطريقة سوية، ويكون له شخصية مستقلة ويعيش حياة كاملة مثل أخوته المبصرين، فإن ذلك يكون فقط لأنه منذ الطفولة الأولى قد بذلت جهود خاصة داخل الأسرة لتشجيعه وتنمية قدراته التي يمتلكها إلى أقصى حد، وهو مثل الأطفال المعاقين الآخرين يحتاج إلى إجراءات خاصة لحمايته، ومثل هذه الإجراءات يجب ألا يسمح لها بأن تلغي حريته الشخصية في أن يتحرك ويلعب، حتى إذا كان الأمر يستدعي بعض المخاطرة وبدون ذلك فإنه يستحيل عليه أن يحيا حياة عادية في عالم المبصرين.

إن المعاقين بصرياً الذين يتعرضون للحماية الزائدة يظهرون درجة من البقاء في مستويات بدائية من التعايش ولهذا السبب يجب أن تكون عملية الإرشاد عملية تعاونية تتضمن أشخاصاً عديدين في بيئة المعاق بصريا ويجب طلب مساعدة الأطباء، والمعلمين المهنيين والقائمين على التدبير المنزلي وغيرهم لتحقيق الاستقلالية، إن العنصر المشترك في شمولية البرامج هو تطوير النضج العاطفي الذي من شأنه مساعدة المعاقين بصريا على مواجهة المجتمع ومتطلباته العديدة.

ثانياً: المشكلات الاجتماعية:

يمكن تحديد الخصائص الاجتماعية على أنها الأنماط السلوكية المتعلقة بعملية التفاعل الاجتماعي التي تتم بين الطفل والآخرين من الأقران والراشدين ويكون هدفها الأساسي هو تحقيق أغراض المتفاعلين من خلال تفاعل اجتماعي بناء.

ويعتبر النمو الاجتماعي من المجالات الأساسية التي حظيت باهتمام الباحثين في ميدان الإعاقة البصرية، وكما هو معروف فإن المهارات الاجتماعية تكتسب من خلال الملاحظة المباشرة والتغذية الراجعة التي تتضمن أساسا الدلالات البصرية.

وتتوفر حاليا أدلة علمية قوية تشير إلى أن المعاقين بصريا يواجهون مشكلات في التكيف الاجتماعي وبخاصة في المراحل العمرية المبكرة وإن تلك المشكلات قد تنطوي على

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

مضامين طويلة الأمد بالنسبة للنمو الاجتماعي والانفعالي في المراحل العمرية اللاحقة، وقد قارنت عدة دراسات بين المعاقين بصرياً والمبصرين من أعمال مختلفين من حيث التكيف الاجتماعي، إلا أن هذه الدراسات لم تقدم اقتراحات مفيدة بشان البرامج الوقائية والعلاجية اللازمة في حالة وجود سوء التوافق الاجتماعي لدى المعاقين بصريا.

والإعاقة البصرية لا تؤثر بشكل مباشر على النمو الاجتماعي ولا هي بالضرورة تخلق بشكل مباشر فروقاً مهمة بين المعاقين بصريا والمبصرين ولا يعني ذلك أنه لا يوجد أية فروق بين المعاقين بصريا والمبصرين من النواحي الاجتماعية ولكن المقصود هو أن الفروق عندما توجد لا تعزي للإعاقة بحد ذاتها وإنما للأثر الذي قد تتركه على ديناميكية النمو الاجتماعي فعملية النمو الاجتماعي عملية تفاعلية يشترك فيها الأشخاص الآخرين بفعالية وبناء على ذلك، فإن ردود فعل الآخرين للمعوق بصريا تلعب دوراً بالغا في نموه الاجتماعي.

وقد لاحظ بعض الباحثين إن الأطفال المعوقين بصريا يواجهون بعض الصعوبات في عملية التفاعل الاجتماعي، ويعود السبب في ذلك إلى غياب أو نقص المعلومات البصرية التي تلعب دورا رئيسا في تكوين السلوك الاجتماعي لدى الأطفال، فعملية التفاعل بين الطفل في مهده وبين أمه تتأثر بغياب البصر، ذلك أن الطفل المعاق بصريا قد لا يستجيب لأمه بنفس الحيوية والنشاط اللذين يستجيب بهما الطفل المبصر، مما ينعكس سلبيا على الطريقة التي تستجيب بها الأم، كما إن عملية التقليد والمحاكاة التي تلعب دورا مهما في عملية النمو الاجتماعي تتأثر هي الأخرى بغياب البصر فالطفل المبصر ينظر إلى من حوله فيرى كيف يلعبون، وكيف يمشون، وكيف يجلسون، وكيف يأكلون، وكيف يلبسون فيفعل مثلهم، أما الطفل المعاق بصريا فإنه لا يستفيد من عملية التعلم العرضي تلك، مما يؤثر في سلوكه الاجتماعي كطفل، وربما في قدرته على التكيف الشخصي كشاب.

ثم إنه بالنظر إلى أنه يوجد بعض القصور في المهارات التواصلية لدى الأطفال المعاقين بصري خصوصا في مهارات التواصل غير اللفظي، فإن ذلك لابد أن يترك بعض الآثار السلبية على مهاراتهم الاجتماعية فالطفل المبصر يستجيب لتعبيرات الوجه عند أمه كما يستجيب لحركاته، والسمع ينبه إلى الأعمال التي تقوم بها الأم ووجودها إلى جانبه، والمبصر يمكنه من رؤية أمه والاستجابة لها بطريقة سريعة، أما الطفل المعاق بصرياً فنظراً لعدم رؤيته للأم، وعدم رؤيته للتعبيرات الوجهية عند الآخرين، وبالتالي يعجز عن تقليدها فإن مثل هذه التعبيرات لا تظهر على وجهة في أغلب الأحوال، فالمعاق بصريا عندما يغضب أو يفرح أو يندهش فإن ملامح وجهة قد لا تدل على ذلك، وهذا يؤدي إلى ضعف الاتصال مع

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الآخرين من المبصرين وقد ذكر دوماس بعض تجارب أجراها على المعاقين بصريا في المعهد القومي للمكفوفين بباريس عن إظهار تعبيرات وجهية معينة، وشمل البحث 33 فرداً من المولودين عميان، وطلب منهم أن يعبروا بوجوههم عن عواطف قوية أو ضعيفة مثل السرور والفرح والغضب والخوف فلم يستطيعوا أن يعملوا ذلك، لأن التقليد بهذه الصورة من أصل بصري تماماً، أي ناتج عن طريق المحاكاة، فالتعبيرات الحركية للوجه عند المعاق بصريا أقل منها عند المبصرين.

كما تتسبب الإعاقة البصرية في الكثير من المشاكل الاقتصادية للمعاق بصريا، فانقطاع الدخل أو انخفاضه خاصة إذا كان المعوق بصريا هو العائل الوحيد للأسرة قد يفقده هذا مكانته في الأسرة لأنه لم يعد الآن يكسب العيش أو رب البيت، لقد أصبح شخصا أقل فتصورات المجتمع ومشاعره تنفذ إلى داخل البيت، فالنفقات الإضافية التي تترتب على الإعاقة البصرية يمكن تصنيفها إلى صنفين: نفقات تتصل بالمرض مثل تكاليف العلاج، والإقامة في المستشفى، والعقاقير والأدوية، والعمليات الجراحية، وتكاليف التمريض.

ونفقات ملازمة للإعاقة البصرية فهي بصفة أساسية تلزم عن فقدان القدرة على التحرك وفقدان القدرة على الاتصال عن طريق الكلمة المكتوبة، وفقدان فنيات الحياة اليومية، فالشخص الذي فقد قدرته على الحركة والتنقل بسبب إعاقته البصرية يجد نفسه ملزما بنفقات جديدة عندما يرغب في الانتقال من مكان إلى آخر، وحيث كان من الممكن في الماضي – إذا كانت إعاقته متأخرة – أن يستقل سيارته الخاصة، فإنه يجد الآن أنه يتحتم عليه أن يستقل سيارة أجرة، وحيث كان في الماضي يستطيع أن يذهب بمفرده فإنه يجد الآن أنه يتحتم عليه أن يتخذ رفيقا أو مصاحبا (وسيان يدفع للمصاحب أجره أو يتحمل نفقاته، فإن النفقات تتضخم) وفقدان القدرة على الاتصال عن طريق الكلمة المكتوبة معناه دفع أجر لقارئ.

وسيان ارتفعت النفقات أو انخفضت فبعض هذه النفقات ملازمة للعمى، وبعضها متصل بالمرض، وهذا يعني زيادة في الإنفاق ويقلل من الدخل أو يتوقف تماما، ومن المشكلات الموجودة عند كثير من المعاقين بصريا ما يسمى باللزمات Blindisms فإذا لاحظنا المعاقين بصريا بدقة نجد أن كثيرا منهم يقومون بحركات عصبية تعتبر من الخصائص المميزة لهم مثل وضع الأصبع في العين، هز اليدين، هز الرأس.

وقد عرفت اللزمات السلوكية على أنها: (أي حركة متكررة، أو روتينية لا تهدف إلى تحقيق أي غرض واضح ملحوظ)، أما الأسباب الكامنة وراء ظهور هذه السلوكيات بين الأطفال المعاقين بصرياً فهي عديدة ومتداخلة ومعقدة، وقد يرجع ذلك إلى الحرمان البيئي،

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الاستثارة الذاتية، التعويض عن الأنشطة البدنية، الخلل في التفاعل بين الطفل ووالديه، النقص في التغذية البصرية الراجعة، التعلم من خلال التكرار ...إلخ.

وأغلب الأطفال المعاقين بصريا يمرون بمثل هذه المرحلة من اللزمات في خلال نموهم العادي، ويرى كثير من الباحثين أن مثل هذه اللزمات هي نتيجة ضعف أو بطيء الاستثارة سواء منها اللمسية أو السمعية من أحد الوالدين، لذا فإن الطفل يترك نفسه للمثيرات الداخلية مما يلجأ معه إلى تلك اللزمات، وفي المراحل الأولى من العمر فإن هذه اللزمات لا تثير الاهتمام في حد ذاتها إلا أنها قد تؤدي إلى تعطيل أو اضطراب بعض العمليات الهامة في حياة المعاق بصريا مثل القراءة أو الحركة، كذلك إذا استمرت هذه اللزمات فترة من الزمن فإنه تصبح عادات حركية من الصعب تغييرها، وهي قد تدل أيضا على اتجاهات سلبية في حياة المعاق بصريا، وسبيلا للتخفيف من القلق، فكلما احتاج للاستثارة، أو كلما واجهته مشكلة، أو موقف ما لجأ إلى تلك الحركات هذا إلى أنها تؤدي إلى مظهر اجتماعي غير مناسب عن المعاق بصريا.

وتشير الدراسات التي أجريت في هذا المجال وخاصة تلك الدراسات التي لخصها لونفيلد Lowenfeld إلى إحساس المعاق بصريا بالنقص في الثقة بذاته، والى الإحساس بالفشل والإحباط، وذلك بسبب إعاقته البصرية التي تشكل السبب في تدني أداءه الأكاديمي أو المهني، مقارنة مع العاديين، وينعكس ذلك على موقفه من الآخرين ومن ردود الأفعال المتوقعة من الآخرين نحوه، وقد يكون موقف الآخرين سلبياً نحو المعاق بصريا يغلب عليه طابع الشفقة والرفض، وقد يكون موقف الآخرين إيجابياً يغلب عليه طابع القبول الاجتماعي.

وكذلك المعاق بصريا يفقد الخصوصية مع نفسه ويصبح (لافته) (العمى يفعل كذا وكذا) وهذه الأشياء تصلح عناوين في الصحف، في حين أن المبصر حين يفعل نفس هذه الأشياء نادرا ما يجد مكاناً له بين أخبار الحوادث والشخصيات وعلم النفس الاجتماعي يظهرنا على بعض المشكلات التي تتصل بعدم الانتماء إلى الجماعة، أي التي تتصل (بخارج الجماعة) وبخاصة عندما تكون هناك علامة مميزة للأفراد من خارج الجماعة، ذلك هو على وجه الدقة الوضع المفروض على المعاق بصرياً تتجه إليه الأصوات هذه التي يتحتم على الشخصيات الاجتماعية أن تعيش فيها، ولكنه يختلف عن غالبية هذه الشخصيات في أنه لم يسعى إلى هذه الأضواء، ولكن أرغمته الإعاقة البصرية على أن يكون فيها.

كذلك يعتبر الناس بأن المعاق بصريا تابع، وهو في تبعيته هذه يشعر أو يشعره الآخرون بأنه عبئاً ثقيلا عليهم (والذين يشعرون بذلك يسارعون إلى كتمانه في أعماقهم وتغطيته بشكل أو بآخر) وإن تبعية المعاق بصريا غالبا ما تتزايد في الدائرة العائلية، وذلك لما

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

تتجه هذه التبعية في المستوى الشعوري من متاع الإحساس بالقوة والتفوق وتتحول القرارات أكثر فأكثر عنه إلى الآخرين في الأسرة بقدر ما يمعن أكثر فأكثر تحويله إلى اللاصلاحية وعندما يثور فإن ثورته تعزي إلى الطابع الجديد الذي أصبح له مع الإعاقة البصرية.

وقامت سومرز Sommers بدراسة واسعة لبعض العوامل التي تؤثر في سلوك المعاقين بصريا وفي بعض جوانب الشخصية، كذلك حاولت البحث عما إذا كانت توجد علاقة بين الاتجاهات الوالدية من جانب ونمط سلوك المراهق المعاق بصريا واتجاهاته نحو الإعاقة من الجانب الآخر.

استخدمت سومرز في دراستها ثلاثة طرق في الحصول على نتائجها هي:

1. اختبار كاليفورنيا للشخصية وقد طبق على 143 من المراهقين المعاقين بصريا.
2. استفتاء قامت الباحثة بتصميمه وطبقته على 120 من المراهقين المعاقين بصريا، مع استفتاء آخر طبق على 72 من آباء وأمهات المفحوصين.
3. مقابلات شخصية أجرتها الباحثة مع 50 من المفحوصين وأمهاتهم.

ووصلت إلى النتائج التالية:

أولاً: نتائج اختبار كاليفورنيا للشخصية:

1. كانت درجة التكيف الاجتماعي للمعاقين بصريا أقل من المبصرين.
2. كانت قدرة المعاقات بصريات على التكيف أكبر من قدرة المعاقين بصريا.

ثانياً: نتائج الاستفتاءات والمقابلات الشخصية:

1. اتضح أن سوء التكيف والاضطرابات الانفعالية عند المعاق بصريا مردها إلى عوامل اجتماعية أكثر مما ترجع إلى عامل فقد البصر.
2. قسمت الاتجاهات الوالدية نحو المعاقين بصريا إلى خمسة أنواع:
   - الاتجاه نحو تقبل هذا العجز.
   - الاتجاه نحو إنكار هذا العجز.
   - الاتجاه نحو تدليل الطفل وازدياد الشفقة نحوه.
   - الاتجاه نحو رفض الطفل بصورة مقنعة.
   - الاتجاه نحو رفض الطفل بصورة صريحة.
3. قسمت أنماط السلوك التي يتخذها المكفوف والتي تتبع اتجاهات والديه نحو عجزه إلى ما يلي:

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- السلوك التعويضي العادي أو الزائد عن الحد.
- السلوك الإنكاري.
- السلوك الدفاعي.
- السلوك الانسحابي أو الميل لحو الانطواء.
- الاستجابات السلوكية غير المتوافقة.

وفي هذا السياق ينبغي أن نشير إلى أن البحوث قد أوضحت أن الاتجاهات لحو ذوي الحاجات الخاصة بمن فيهم المعاقين بصريا تتصف بكونها سلبية وغير واقعية وتنصب الاهتمامات على ما يعجز الإنسان عن عمله لا على ما يستطيع عمله، وكما تقول شول Scholl فإن التعايش مع الاتجاهات السلبية كثيرا ما يشكل تحديا أكبر من التعايش مع الإعاقة ذاتها كذلك فإن ردود فعل كل من الوالدين والمؤسسات الخاصة والرفاق وغيرهم غالبا ما تنطوي على افتراضات نمطية تصور الإنسان المعاق بصريا على أنه إنسان يعتمد على غيره ويحتاج إلى الشفقة.

فقد أجرى كل من لوكوف وويتمان Lukoff and Whiteman دراسة حول اتجاهات المبصرين لحو فقد البصر لدى ثلاثة مجموعات رئيسية هي: مجموعة من الأخصائيين الاجتماعيين، ومجموعة من طلاب الجامعات، ومجموعة من سكان المناطق الفقيرة والمتوسطة، أيدت النتائج التي توصل إليها الباحثان أهمية الاتجاهات البيئية في تحديد أسلوب التكيف الذي يحققه الشخص المعاق بصرياً للإعاقة التي أصابته. وأظهرت هذه الدراسة ضمن نتائجها أن أعضاء أسرة الطفل المعوق بصريا والأصدقاء المحيطين به من المبصرين يؤثرون تأثيرا واضحا في تشكيل اتجاهاته لحو الاستقلال والاعتماد على النفس كذلك تضمنت نتائج هذه الدراسة أربعة مكونات مستقلة نسبيا لمدركات المبصرين للأشخاص المعاقين بصريا وهذه المكونات هي:

1. إدراك المبصرين لفقد البصر على أنه يمثل حالة من الإحباط الشخصي.
2. مفهوم فقد البصر كمتغير مميز ومستقل عن الاتجاهات لحو الأفراد المعاقين بصريا.
3. استعداد المبصرين للاتصال المتبادل وتكوين العلاقات مع المعاقين بصريا.
4. الفروق في الشعور فيما بين المبصرين في التفكير تجاه المعاقين بصريا أو العلاقات المتبادلة معها.

وقد قيم جونز وآخرون تقبل الأطفال المعاقين بصريا في المرحلة المتوسطة من قبل الأطفال العاديين، ووجدوا أن الدرجات التي قد أعطيت لمعظم الأطفال المعاقين بصريا كانت دون المتوسط، في حين وجد بأن الأطفال الذين أعطوا درجات عالية وأظهروا تقبلا

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

للأطفال المعاقين بصريا لم يكونوا متقبلين من قبل الأطفال الآخرين ومرفوضين بشكل عام وأشار التمان Altman إلى أن بعض الدراسات قد أظهرت اتجاهات أكثر سلبية نحو المعاقين بصريا (إعاقة ظاهرة) منها نحو المعوقين سمعياً (إعاقة غير ظاهرة) إلا أن فورنام وبندريد Furnhan and Pendred لم يجد فروقاً في الاتجاهات نحو الإعاقات الظاهرة وغير الظاهرة (إعاقة بصرية وسمعية).

وقد وجد فاروق صادق وآخرون في دراستهم لاتجاهات المجتمع السعودي نحو المعاقين بصريا عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية لمتغيري الجنس ودرجة التعلم على اتجاهات مجتمع الرياض نحو المعاقين بصريا في حين وجد أن اتجاهات كبار السن (40-60 سنة) أكثر إيجابية من اتجاهات الأفراد في الفئات العمرية الأخرى.

وقد أجرى زيدان السرطاوي دراسة للتعرف على اتجاهات الأطفال في المرحلة المتوسطة نحو المعوقين وعلاقة هذه الاتجاهات بكل من نوع الإعاقة، ومعرفة الأشخاص المعوقين، وظهور الإعاقة والمستوى التعليمي للوالدين على تلك الاتجاهات، ولتحقيق هدف الدراسة تم تطبيق مقياس بوكر المعدل للاتجاهات نحو المعوقين على 345 طفلا من الأطفال مدارس المرحلة المتوسطة في مدينة الرياض، حيث طلب من كل طفل في عينة الدراسة أن يجيب على أربع صور من المقياس، كل صورة منها موجهة نحو فئة من فئات الإعاقة موضوع الدراسة (عقلية، سمعية، بصرية، جسمية) ومن النتائج التي توصلت الدراسة إليها أن اتجاهات الأطفال أكثر إيجابية نحو الإعاقات الظاهرة (بصرية، جسمية) مقارنة باتجاهاتهم نحو الإعاقة غير الظاهرة (عقلية، سمعية).

إن تفهم حاجات المعاقين بصريا ومحاولة تلبيتها لا تقتصر على إزالة الحواجز الجسدية فحسب، بل لابد من إزالة الحواجز النفسية أولا، ولعل هذا العام الأكثر أهمية فإذا لم تقدم البرامج التربوية والتدريبية القائمة على التوقعات الإيجابية والاتجاهات البناءة فالنتيجة هي تثبيط استقلالية المعاقين بصريا ومبادرتهم ووضع القيود على المهارات التكيفية وتطور الشعور بالدونية وفي أغلب الأحيان تكون محصلة ذلك كله تقبل المعاق بصريًا نفسه الاتجاهات السلبية والتوقعات المحدودة التي يتبناها مجتمع المبصرين فحماية الأهل الزائدة لطفلهم المعاق بصريا وشفقة الأقارب والأصدقاء وتشاؤم المعلمين والمرشدين ورفض أصحاب العمل، كل هذه العوامل ما هي إلا نتيجة الاعتقادات الخاطئة عن القيود التي تفرضها الإعاقة البصرية على الشخص، وإذا كنا نريد أن نهيئ الظروف الاجتماعية الملائمة للمعاق بصريا لتحقيق ذاته وليتمتع بالمسئوليات والواجبات التي يتمتع بها أقرانه المبصرين،فلا بديل عن مقامة مثل هذه الاعتقادات والتغلب عليها.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

دور المرشد في المشكلات الاجتماعية:

يجب على المرشد أن يدرس كل حالة وأن يتعرف على كل ما يحيط بالمعاق بصريا من ظروف بيئية ودراسية ومهنية مستخدما في ذلك مجموعة من استراتيجيات عملية الإرشاد كالمقابلة والزيارة المنزلية وغيرها حتى يساعده في التغلب على المشاكل التي تواجهه أو تواجه الأسرة نتيجة الإصابة بهذه الإعاقة.

يساعد المعوق بصريا في التكيف مع إعاقته، ومع ظروف المؤسسة التي ترعاه، وتزويده بالعادات الاجتماعية والخلقية السليمة، ودعم سلوكه الاجتماعي من خلال برامج الترويج المختلفة، فالمعوق بصريا لا ينبغي أن تحرمه إعاقته من الاستمتاع بالترفيه عن طريق إدخال بعض التعديلات في البرامج الترفيهية العادية لتصبح ملائمة لإشباع حاجاته، فمن خلاله يمكن للمعوق بصريا أن يكتسب ويدعم العديد من مظاهر السلوك الاجتماعي السليم كالتدريب على العمل الجماعي والقيادة والتعاون والمبادأة.

على المرشد إيجاد البرامج والإجراءات والوسائل التي تهدف إلى توعية أفراد المجتمع بأسلوب وعلاج مشكلات المعاقين بصريا، لتحسين وتعديل اتجاهات المجتمع نحوهم فلابد من تزويد المبصرين بالمعلومات الصحيحة عن المعاقين بصريا وقدراتهم وحاجاتهم، وعن الطرق المناسبة للتعامل معهم وتقديم الخدمات عند الحاجة، فحتى يستطيع المعاقين بصرياً أن يأخذوا مكانهم الحقيقي في مجتمعهم لابد من أن تنظر إليهم الجماعة المبصرة كأفراد لكل منهم خصائصه المميزة لا كجماعة متجانسة بسبب الإعاقة البصرية.

وذلك عن طريق وسائل الإعلام المختلفة، فمثلاً التلفاز بما يبديه من صور حية وناطقة، وكذلك عقد المحاضرات والندوات لدراسة مشاكل المعوقين بصريا له أثر في نشر الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي في المجتمع.

يجب على المرشد أن يستخدم استراتيجيات إرشادية تركز على التعاون في الأنشطة، والتدريب على مهارات الحياة اليومية، كمهارة تناول الطعام، ومهارة ارتداء الملابس، ومهارة العناية بنظافة الجسم، ومهارات الاعتماد على النفس، باعتبار ذلك كله يسهم في تنمية وتعزيز المهارات الاجتماعية لدى المعاقين بصرياً.

يجب على المرشد أن يركز على إيجاد الوسائل والإجراءات والبرامج والاستراتيجيات التي تهدف إلى الحيلولة دون ظهور اللزمات السلوكية بين الأطفال المعاقين بصرياً، وذلك باستخدام التدخل المبكر، أو التخلص منها إن كانت قد استفحلت، وذلك بالاستفادة من بعض الاستراتيجيات الفاعلة كاستراتيجيات تعديل وبناء السلوك.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ويجب ألا يوبخ الطفل المعاق بصريا أو يعامل بقسوة للتخلص منها ولكن التوجيه بهدوء قد يكون مناسبا لكثير من الأطفال مع مساعدة الطفل على التخلص من القلق، وعلاجه، وإيجاد أنشطة إيجابية لاستغراق طاقته، ويمكن أن نقارن هذه اللزمات بمشكلة قضم الأظافر أو مص الإبهام وهي مرحلة يمر بها جميع الأطفال تقريبا، وقد يكون ذلك مقبولا من الطفل الصغير جدا، أما الطفل الكبير فإن ذلك يكون موضعا للسخرية وبعبارة أخرى فليس الفرق في نوع السلوك وإنما في تكراره أو شدته، ومن أهم الوسائل تأثيرا لمساعدة الطفل على التغلب على هذه اللزمات إمداده بوسائل للتسلية، وألعاب مثيرة، وأنشطة ذات اهتمام حقيقي بالنسبة له، ومع ذلك فإن التشجيع المباشر قد يكون ضروريا.

ويساعد المرشد المعاق بصريا على توفير المساعدات المالية التي تخدم المعوق بصريا وأسرته خلال فترة علاجه أو تأهيله، حتى يمنع حدوث مضاعفات ومشاكل جديدة مترتبة على المشاكل الاقتصادية.

ثالثًا: المشكلات الأسرية:

لقد ثبت علميا أن سلوك الفرد يتأثر بالبيئة الأولى التي يحتك بها وأن شخصية الإنسان تتشكل تبعا للخبرات التي يمر بها في مرحلة الطفولة وما يستجد بعد ذلك في شخصيته يكون مرتبطا إلى حد كبير بطفولته التي تعتبر أساسا لهذه الشخصية، وهذه الحقائق لا تختلف من قليل أو كثير بالنسبة للطفل المعاق بصريا. فاتجاهات الأسرة نحو أطفالهم المعاقين بصريا تلب الدور الكبير في تقبله للعمى أو رفضه له، ومن ثم في تكيفه النفسي والاجتماعي فهناك تصرفات مختلفة من الآباء نحو الطفل المعاق بصريا منها: القبول، الرفض، التدليل والحماية والمبالغة، إنكار وجود الإعاقة أو العمى بصفة عامة، الإعراض سواء كان ظاهرا أو مقنعاً.

فالنبذ قد يشعر به الأب كرد فعل لما قد يرى فيه انتقاماً إلهياً لذنوب ارتكبها لذلك فهو لا يريد ولا يتقبل من يذكره بخطيئته وسوء حظه، إن الطفل المعاق بصرياً يحتاج إلى رعاية أكثر ويحتاج إلى إشباع دوافع هامة وعاجلة، ولكن الأب قد يقابل ذلك بالحرمان وعدم التقبل إن الطفل المعاق بصريا يحتاج إلى إثارة وتنبيه، أكثر من الطفل المبصر، لكنه في الواقع قد يأخذ أقل ومن الآباء من يستجيب لهذه الصدمة بالانقباض، إن بعض الآباء قد يندب حظه العاثر لهذه الكارثة التي ألمت به. فقد يستجيب له بالجمود والتجاهل التام، وبعض الآباء قد يستجيب بمشاعر القلق وعدم القدرة على التصرف في مواجهة مشكلة الابن المعاق بصريا، فالمشاكل تبدأ في الظهور عندما يكون الوالدان غير مستعدين لتقبل الإعاقة البصرية كحقيقة واقعة والتي ربما تكون مصدر إزعاج في حياة الأسرة إذ يؤثر عليها كصدمة تخلف وراءها مشاعر وإحساسات سلبية تكون بمثابة قاعدة اجتماعية تشكل إرادياً

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

أو لا إراديا سلوك الأم تجاه طفلها الرضيع وهذا يؤدي بدوره إلى عصبية الأم والتي يحتمل أن تنتقل بالتالي إلى طفلها الرضيع فيصبح هو أيضاً عصبياً.

كما أن أشقاء الطفل المعاق بصرياً، كما هو الحال بالنسبة للآخرين، عادة ما يأخذون التلميحات من أنماط السلوك والاتجاهات الأبوية، وقد يقبل الأشقاء أو يرفضون الشخص المعاق بصريا اعتماداً على اتجاهات آبائهم، وقد يرفضون بالتأكيد الانغماس المتزايد لأبائهم مع الطفل المعاق بصريا، وإن القبول الحقيقي للمشاركة في رعاية الطفل المعاق بصريا يخلق موقفا عائليا أكثر إنتاجاً وسعادة فالأشقاء الذين يعلمون بأن لديهم أخا معاق بصريا عادة ما يكونون مثقلين بعدة أنواع من الهموم، وهناك بعض الأسئلة المتداولة بينهم مثل: لماذا يحدث هذا؟ وماذا سأقول لأصدقائي عنه؟ وهل سأقوم بالعناية به طوال حياتي، فالأشقاء كآبائهم يريدون أن يعرفوا ويفهموا قدر الإمكان عن حالة أخيهم المعاق بصريا ويريد الأشقاء أن يعرفوا أيضا كيف ستكون حياتهم مختلفة نتيجة لهذا الحدث. وإذا تم الحديث عن هذه الهموم بشكل كاف فإن التنبؤ بمشاركة الأشقاء الإيجابية مع أخيهم المعاق بصريا ستكون أفضل.

وإن التهاون في عدم إعداد الأسرة لتقبل الطفل المعاق بصريا يؤدي إلى سلسلة من ردود الأفعال مثل اختلاف معاملة الطفل المعاق بصريا عن معاملة الطفل المبصر وعدم تقبل الإعاقة البصرية كحقيقة قائمة وعدم تقبل النصح بإمكانية العلاج والشفاء وبالتالي حرمان الطفل من الشعور بالأمن والأمان. وعندما يكون الطفل المعاق بصريا محورا لخصومة غبية من جانب الأسرة تبدو الإعاقة وكأنها ذنب اقترفه الطفل عن طيب خاطر وهذا يؤدي إلى إعاقة نموه الطبيعي ويشعر بالذنب والإهمال ومن الطبيعي أن نتائج هذا السلوك الشاذ من جانب الأسرة لها انعكاساتها على التكوين العقلي والنفسي والاجتماعي لشخصية الطفل المعاق بصريا ولأمد طويل، ومن أهم النتائج المترتبة على ذلك: فقدان الشعور بالأمن والطمأنينة وممارسة أنماط من السلوك غير الاجتماعي والميل إلى الانعزالية والعدوانية.

الوضع غير العادي للطفل المعاق بصريا في الأسرة، فهو عادة لا يأخذ مكانه العادي مثل أخوته فهو إما أن يدلل أو ينبذ وهذا الوضع الشاذ ينعكس أثره على سلوك المعاق بصرياً فيظهر في سوء الخلق والحقد والكراهية والشعور بالقلق.

النقص في الخبرة، في حالة إعطاء الأسرة لطفلها المعاق بصرياً اتجاهاً سلبياً عند التعامل وتحصيل الخبرة من الأشياء المحيطة به، فإن هذه السلبية تؤدي إلى إعاقة نموه طبيعياً واجتماعيا ونفسيا وخلال هذا تنمو جذور سلوك الأمراض الاجتماعية.

وهناك فئة من الآباء قد تستجيب للطفل المعاق بصريا بالحماية الزائدة، والواقع أنها ليست عطفا عليه، لكنها خدمة سيئة وغير مطلوبة، وهي تضيف عبئا جديدا على مشكلات

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الطفل المعاق بصرياً، والحماية الزائدة تتضمن في الواقع عدم تقبل الطفل المعاق بصريا كفرد له حقوقه الذاتية قادر على أداء الوظائف المناسبة لقدراته، وعلى المدى الطويل فإنها تهدد شعوره بالأمن، وتثير فيه الخوف من فقد الحماية، وإن دراسات جامعة شيكاغو على الأطفال المعاقين بصريا تؤكد أهمية أثر الأسرة والبيئة على الطفل المعاق بصريا من حيث نموه وشخصيته وتنتهي في تقريرها إلى أن نواحي النقص التي تنسب عادة إلى العمى ترجع أساسا ليس إلى الإعاقة الجسمية في ذاتها، ولكن إلى تحديد فرص التعلم التي يخبرها الطفل، وتقرر أيضا أن الطفل المعاق بصريا من السهل التأثير على حالته النفسية، وإنه يعاني بدرجة كبرى من أي ظروف غير مناسبة للنمو.

وهذه الاتجاهات الوالدية نحو الطفل المعاق بصريا تترك أثرا عميقا في نفسه وفي تكوين فكرته عن ذاته وقدراته وإمكانياته، ومن هنا يجب أن يؤهل المعاق بصريا اجتماعيا واقتصاديا من خلال التنشئة الاجتماعية في الأسرة وفي المدرسة كأساس للتأهيل الاجتماعي والثقافي والاقتصادي، ومنحة الفرصة للقيام بعمل مناسب لقدراته وتأمين حياته المادية.

دور المرشد في المشكلات الأسرية:

قبل أن يبدأ الإرشاد الفعال، يجب على الوالدين أن يثقوا بالمرشد فبناء علاقة قائمة على الثقة هي بمثابة المرحلة الأولى في عملية الإرشاد وهي تبدأ مع تعرف الوالدين إلى الأشخاص الذين سيقومون على رعاية أبنهم، وقد يكون بناء علاقة ثقة أمراً صعباً في البداية، فقد يكون الوالدان في خضم محاولات للتعامل مع الأسى والمخاوف ومشاعر الذنب في ذات الوقت الذي يتعرفان فيه إلى المرشد، وهنا يجب على المرشد أن يطمئن الوالدين ويحثهما على التعبير عن مخاوفهما، وقد تأخذ الثقة فترة زمنية طويلة حتى تتطور وعلى أية حال، فمن الممكن التسرع في ذلك إذا استخدم المرشد أساليب لمساعدة الوالدين للشعور بالقبول والاحترام، وإذا أظهر المرشد اهتماماً حقيقياً بالمعاق بصريا وأسرته فهم سيتعلمون تدريجياً أن يثقوا بالمرشد إن على المرشد أن يبدي اتجاها ينم عن الاهتمام والرعاية وأن يزود الوالدين بالتعزيز لتواصلهما مع طفلهما ولعل استخدام التعزيز الإيجابي يشكل واحدة من أفضل الاستراتيجيات لبناء علاقة ثقة، فإذا أدرك الوالدان أن المرشد يقدرهما كأشخاص فهما سيشعران براحة أكبر لعلاقتهما معه. ويلاحظ مايلز Miles أن معظم الآباء يعانون من انخفاض التقدير الذاتي ولو لبعض الوقت أثناء الأزمة، ولذلك فإن أية إستراتيجية (مثل التعزيز الإيجابي) من شأنها زيادة مستوى التقدير الذاتي هي إستراتيجية مفيدة.

يجب أن يكون المرشد متفهماً لحاجات الأسرة على الدوام، وعليه أن يخلق جواً مريحاً يسمح لهم بالحوار، وفي حالات كثيرة يكون الوالدان في خضم عملية الأسى عندما يلتقي

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

المرشد بهما لأول مرة، ويجب أن يكون المرشدون على وعي بمراحل الأسى المختلفة ومدركين لمؤشرات النكوص مادامت علاقتهم بالوالدين مستمرة.

يقوم المرشد بتوجيه أفراد أسرة الطفل المعاق بصريا إلى أفضل السبل لتحقيق تربية طفلها تربية سليمة ولتوفير البيئة التربوية والنفسية والاجتماعية لإتاحة النمو الطبيعي لجوانب شخصية الطفل، ويستلزم الأمر من جانب المرشد أن يعدل أو يغير من اتجاهات هؤلاء الأفراد في النواحي التالية:

- تقبل الإعاقة،وبالتالي تقبل الطفل المعاق بصريا والتسليم بالأمر الواقع.
- معاونة الطفل المعاق بصريا معاونة عادية مثل غيره من إخوانه الأطفال، وعدم التأثر بالإعاقة البصرية في تغيير نمط هذه المعاملة الطبيعية.
- الإلمام بفكرة صحيحة عن ماهية الإعاقة البصرية وشئون المعاقين بصريا وعالمهم.
- الإلمام بأسس واتجاهات الرعاية التربوية والنفسية والاجتماعية للطفل المعاق بصريا ويحسن أن يكون لدى الأسرة دليل تربوي بمثابة موجه لهم في تربية أطفالهم.
- إتباع الطرق والسلوك المناسب لتدريب الحواس الباقية مع الإلمام الصحيح بالأهمية التربوية والنفسية في تربية الحواس الباقية إذ أن الملاحظات الحسية تكون القاعدة العريضة للتربية العقلية للمعاق بصريا.
- تجنب الظروف والملابسات التي تؤدي إلى تكوين الإحساس بالانحطاط أو الشعور بالذنب.
- مراعاة أن لا تؤدي ردود أفعالهم على تصرفاته إلى جرح مشاعره وإحساساته.
- تزويد المعاق بصريا بالخبرات المتنوعة عن طريق معرفة الأشياء المحيطة به والإلمام بجميع مجالات النشاط البشري في المجتمع تبعا لقدراته التحصيلية وبالطرق والوسائل المناسبة لظروفه الخاصة.
- عدم القيام بالخدمة المستمرة للطفل المعاق بصريا، فهذا يؤدي إلى ضعف إرادته وعدم استقلال ذاته، وعلى العكس من هذا يحسن أن يتعود الطفل على خدمة نفسه كقاعدة لها قيمتها لتكوين إرادة الطفل.
- ويجب أن يكون المرشدون على مستوى كبير من الفهم لأثر الطفل المعاق بصريا على أسرته وأشقائه العاديين، كما على المرشدين أن يكونوا على وعي باحتمالات الأسرة الممتدة، وهو مصطلح عادة ما يستخدم لوصف أعضاء الأسرة الآخرين مثل الأجداد، والأخوة والأخوات والآباء أو أعضاء الأسرة المقربين ويكون هؤلاء الأقارب جزءا من شبكة المصادر التي يمكنها أن تقدم الدعم والراحة والفهم لأب الطفل المعاق

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

بصرياً. وخارج نطاق العائلة الممتدة، توجد شبكة متنامية من الناس الذين يتقاسمون التجارب المفجعة مع الآخرين الذين سيجربون أو جربوا الحدث نفسه فالشبكة إذن عملية لربط الناس بعضهم ببعض كمصادر للمساعدة والدعم ومساعدة الآخرين في إيجاد الخدمات والمعلومات التي يحتاجونها، وفي عدة حالات يريد الآباء التحدث مع الآباء الآخرين الذين مروا بمصاعب مماثلة وتكيفوا معها.

- محاولة المرشد القيام بالإرشاد الجماعي للآباء الذين أصيب أطفالهم بإعاقة بصرية يكون الغرض منها هو التعاون فيما بينهم لإيجاد الحلول المناسبة لمشاكلهم الخاصة بأطفالهم المعاقين بصريا وكذلك إرشادهم عن كيفية مساعدة الطفل المعاق بصريا كي يتمتع بحياة سعيدة، وتزويده بالخبرات المتنوعة التي تساعده على الاعتماد على نفسه والاستقلال بذاته، وتسهيل تكيفه النفسي والاجتماعي وتوجيههم إلى إزالة الأشياء والموانع عن طريق الطفل المعاق بصريا التي تعترض سيره في حجرات المنزل أو فناء الحديقة دعماً لتنمية الحركة الذاتية عنده، وحتى يمكنه أن يتحكم في جسمه وتوازنه وأن يتحرك بحرية وبدون قلق أو تردد.
- إن برامج التدخل المبكر الناجحة التي يقوم بها المرشد هي تلك البرامج التي تدعم الآباء للقيام بدور المعلم الأساسي للطفل المعاق بصرياً، وتعمل على تدعيم العلاقة بين الآباء وأطفالهم، وللآباء حق أساسي لا يمكن التغاضي عنه في المشاركة بتربية الطفل، وهذه المشاركة تضفي على العناية بالطفل صفة الاستمرارية وينجم عنها فوائد للأطفال الآخرين في الأسرة فالعمل على تحسين مشاركة أعضاء الأسرة (من خلال برامج الإرشاد الأسري) في وضع سياسة لتكييف حياتهم الأسرية تؤدي إلى رفع درجة تقبل الطفل المعاق بصرياً.

فمشاركة الآباء في برامج الأطفال المعاقين بصريا أمر لابد منه إذا كنا نسعى إلى مساعدة الأطفال على بلوغ أقصى درجة ممكنة من النمو والتطور،ولما كانت معظم البرامج تتوخى تحقيق أهداف محددة، فإن الاتساق بين البيت والمدرسة شرط أساسي لتحقيقها وقد يحتاج الآباء إلى مساعدة المرشد لفهم طبيعة الإعاقة، وقد يتطلبون تدريباً خاص للعمل مع المعاق بصرياً.

وينبغي على المرشدين أن يعوا الاختلافات في إدراكاتهم وإدراكات الآباء للطفل المعاق بصريا، فهي قد تعيق عملية التواصل، فآباء الأطفال المعوقين بشر ويواجهون الإحباطات نفسها التي يواجهها المعلم والمرشد في المدرسة أو المؤسسة ولكن على مدى 24 ساعة في اليوم وغالبا ما يشعر هؤلاء الآباء بالضياع والارتباك والغضب، وأحيانا يستطيعون

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

تقديم الدعم والمساعدة والتفهم، وعلى أقل تقدير أنهم يشكلون خليطاً من الإحباطات والعواطف والإحساس بالذنب فكم من مرة فكر المرشد لو أن الأب يفكر كذا وكذا مع أبنه في البيت، أو ليتني أستطيع أن أقنع الأب بالحضور إلى المدرسة لأراه، بل وحتى أن هذا الطفل يتصرف على هذا النحو نتيجة أخطاء والديه، لإرشاد الوالدين بفعالية من المهم إدراك حقيقة ما تعنيه أبوة وأمومة الطفل المعوق بصرياً.

لذلك فإن على المرشدين أن يتعاملوا باحترام مع الثقافة والأهداف المختلفة للآباء وأن يقيموا باستمرار طرق التواصل التي يوظفونها، فالتواصل الواضح بين الآباء والمرشدين هو المفتاح للمشاركة الفاعلة للآباء، ويتحمل المرشدين مسئولية التأكد من أن الفرص متاحة للآباء ليشاركوا في البرنامج التربوي للطفل بما في ذلك المشاركة في اتخاذ القرارات.

رابعًا: المشكلات التربوية:

إن العاهة التي يعاني منها المعاقين بصريا، من الممكن ألا تكون حائلا بينهم وبين مداومة التعليم أو الإعداد لمهنة من المهن أو عمل من الأعمال يتفق وقدراتهم وميولهم وما وصلوا إليه من تعليم وتدريب – وذلك إذا توافرت الشروط البيئية السليمة لرعايتهم وتعليمهم وتوجيههم.

والطفل المعوق بصريا الذي يتوجه إلى المدرسة لأول مرة يوضع في موقف يتحتم عليه أن يكون على صلة بعدد كبير من الأشخاص في وقت واحد، مثل هذا الموقف يتطلب من المرشدين والمعلمين والآباء اليقظة بالنسبة للمواقف التي يحتاج فيها الطفل المعاق بصريا إلى عون في تكوين علاقات صحية من الصداقة مع الآخرين.

والمعاق بصريا يحتاج إلى التعلم لأن الخبرات التي يحصل عليها الطفل في أعوامه الأولى لا ترجع أهميتها فقط إلى ما تضيفه من معلومات، لكنها أيضا تتيح تعلم الوسائل التي يمكن إتباعها لزيادة معارفه، فالأهم من المعلومات في ذاتها معرفة كيفية الحصول عليها لأن هذا يتيح للمعاق بصريا منبعا دائما للمعلومات طيلة حياته، وبالإضافة إلى ذلك فإن التعلم عن طريق الخبرات يؤدي بالطفل المعاق بصريا إلى التفاعل مع العالم الخارجي، فيتيح له الخروج من سلبيته، تلك السلبية التي قد يرغم عليها نتيجة لإحساسه بالسجن الكبير الذي لا يستطيع التحرك فيه وفهمه، إلا بمساعدة الآخرين. فالتعلم يؤدي إلى تعديل كبير في شخصيته، يجعله إيجابيا متفاعلا متمكنا من الحصول على الخبرات المختلفة بطرقه الذاتية ومتفهما للعالم المحيط به. وقد وجدت روجو في دراسة عن التنظيم الإدراكي عند المعاقين بصريا أن البحوث بينت أن فقد البصر لا يمنع أو حتى لا يؤخر نمو عملية اكتساب المعلومات.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وهناك عوامل كثيرة مجتمعه أو منفردة على طبيعة الخصائص التربوية للمعاق بصريا مثل درجة الذكاء، وزمن الإصابة بالإعاقة (ولادية أو طارئة)، ودرجة الإعاقة (كلية أو جزئية)، وطبيعة الاتجاهات الاجتماعية (سالبة – موجبة) وطبيعة الخدمات الاجتماعية والتعليمية والتأهيلية والنفسية والصحية التي تقدم للمعاقين بصريا في المجتمع. إن هذه العوامل بدورها مجتمعة أو منفردة تؤثر على كل من طبيعة مفهوم المعاق بصريا عن ذاته، وكذلك على درجة تقبله لإعاقته وهما يؤثران بدورهما على طبيعة خصائص المعاق بصريا الأكاديمية وعلى درجة نجاحه الأكاديمي، ولهذا فإن طبيعة الخصائص الأكاديمية للمعاقين بصريا تختلف باختلاف درجة تأثير هذين العاملين.

ومن الخطأ أن نظن أن هناك أي اختلاف عقلي أو عاطفي أو نفساني بين الأطفال المبصرين وغير المبصرين، وإذا وجد أي خلاف فهو نتيجة التربية وليس نتيجة فقد الصبر. والطفل غير المبصر طفل عادي في كل شيء، والفرق بين تربية الطفلين فرق شكلي لا موضوعي بمعنى أن أساليب التربية يجب أن تكيف بما يناسب كل منهما تماما كما تكيف الوسائل المناسبة للطفل الطويل القامة أو القصير القامة وهكذا. والخطأ الثاني الذي يجب أن يتلافاه المربي هو معاملة فاقدي البصر من التلاميذ كأنهم كتلة واحدة تهمل فيها الناحية الفردية للأطفال، والواجب أن ننظر لكل طفل على أنه فرد قائم بذاته وألا نضع قاعدة عامة تنطبق عليهم جميعاً ويجب أن تكون شخصية الطفل هي المحور الذي تدور حول تربيته.

ولقد دلت نتائج الدراسات التي طبقت على المعاقين بصريا والمبصرين أن الذكاء العام للفئة الأولى أدنى بنسبة غير ملحوظة من الذكاء العام للفئة الثانية، أما في قياس المعلومات العامة فقد اتضح من تطبيق الاختبارات الخاصة بهذا المجال على فئتين متماثلتين من المعاقين بصريا والمبصرين أن المعلومات العامة لدى الفئة الأولى أقل منها لدى الفئة الثانية، وهي نتيجة معقولة طبعا بحكم أن مدى ما تطل عليه العين وما تستطيع إدراكه أوسع وأرحب مما تستطيع الحواس الأخرى معرفته. ولهذا تكون حصيلة المبصر من المعلومات العامة أغنى منها عند المعاق بصريا.

كما أن الأطفال المعوقين بصريا يظهرون نقصا في الخيال والتصور في أنشطة اللعب مما قد يشير إلى قصور في القدرة على التجريد أو على الأقل ميلا إلى المفاهيم المحسوسة بشكل أوضح مما يوجد لدى زملائهم المبصرين، وتختلف أنماط اللعب لدى الأطفال المعوقين بصريا عن أنماط اللعب عند المبصرين سواء كان ذلك نتيجة للحرمان البيئي أو للقصور الحسي. وإذا كان لدى الأطفال المعوقين بصريا أنماط غير ملائمة من اللعب، هل يمكن افتراض أن النمو العقلي لديهم يكون محدودا بدرجة أكبر من المبصرين وأكبر ميلا إلى التفكير المحسوس؟

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

يبدو أن هناك بعض الدلالات التي تبرر مثل هذا الافتراض على الأقل بصفة مؤقتة وغير قاطعة، رغم ذلك يبدو من المعقول أيضا أن تفترض أن أدوات اللعب التي تصمم من أجل الأطفال المبصرين قد لا تجذب اهتمام الأطفال المعاقين بصريا بنفس الدرجة، إننا بحاجة إلى دراسة هذا الافتراض بشكل موسع وعميق قبل أن نصف المعاقين بصريا بأنماط قاصرة من اللعب ترتبط بالنمو العقلي المحدود أو النمو الرديء في تكوين المفاهيم.

وخلاصة نتائج الدراسات المختلفة عن ذكاء المعاقين بصريا أنهم كطائفة لا يختلفون عن المبصرين، رغم أن تطبيق الاختبارات عليهم دل على إن هناك فرقا ضئيلا لصالح المبصرين في نسبة الذكاء، إلا أن هذا الفرق يمكن إهماله كما دل على أن نسبة المتفوقين من المبصرين أعلى منها لدى المعوقين بصريا وإن نسبة المتخلفين في الذكاء أعلى عند المعوقين بصريا منها عند المبصرين.

وأشار لونيفلد وآخرون Lowenfeld et al إلى أن متوسط درجات المعاقين بصريا في اختبارات الثانوية العامة كانت منخفضة عن زملائهم المبصرين في اختبارات التحصيل وفي دراسة مسحية أجراها بيرش وآخرون Birch et al لمعرفة مستوى التحصيل الدراسي لـ903 طفل في الصف الخامس والسادس الابتدائي من المبصرين جزئيا وجدوا أنه على الرغم من أن المستوى العام لذكائهم هو المتوسط وأن أعمارهم كانت أكبر من المتوسط العام للأعمار في هذه الصفوف الدراسية، إلا أن مستوى تحصيلهم الدراسي كان أقل من مستوى تحصيل أقرانهم المبصرين، كما أنهم لم يجدوا واحداً منهم متفوقاً في تحصيله الدراسي.

وفي دراسة تتبعية أجراها ميرس Myers على مجموعة من المعاقين بصريا، وجد أن أداءهم الدراسي كان منخفضا عن المتوسط، ولقد أرجع ميرس هذا الانخفاض في الأداء إلى طبيعة العمل المدرسي الذي يتطلب العمل مع الألوان والأشياء الصغيرة.

كذلك نجد أن السلوك اللغوي عند المعاقين بصريا ينفرد بظاهرتين لغويتين:

- تتمثل الظاهرة اللغوية الأولى: في إمكانية بطء النمو اللغوي لديهم، ويعود السبب في ذلك – على ما يبدو – إلى عدم إمكانية هؤلاء الأطفال من الاستفادة من حاسة البصر في عملية التقليد التي تلعب دورا أساسيا في مختلف مراحل النمو.
- أما الظاهرة اللغوية الثانية: فتتجلى في الصعوبة التي تواجه الأطفال المعاقين بصريا أثناء مرحلة اكتساب المفاهيم اللغوية الصحيحة، وهو ما ينتج عنه ما يعرف في أدبيات الإعاقة البصرية باللفظية Verbalism.

فقد وجد كتسفورث Cutsforth في دراسة أجراها بقصد التعرف على طبيعة اللفظية في كلام المعاقين بصريا أن الأطفال المعاقين بصريا يميلون إلى الاستجابة للكلمات التي

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

استخدمها في دراسته بشكل بصري، فهم – على سبيل المثال – يصفون الدم بأنه أحمر ولا يصفونه بأنه لزج، مما يعني أنهم يستخدمون مفاهيم لغوية ذات مداليل بصرية لا تعني شيئا بالنسبة لهم، فهي ليست مبنية على أساس حسي مستمد من خبرة واقعية وقد أطلق كتسفورث على هذه الظاهرة اللغوية عدم الواقعية اللفظية Verbal Unreality.

ومن أهم أنواع اضطرابات اللغة والكلام التي يعانيها بعض المعاقين بصريا والتي جمعت عليها معظم الدراسات والبحوث في هذا الميدان ما يلي:

- الاستبدال، وهو استبدال صوت بصوت كاستبدال (ش) بـ(س) أو (ك) بـ(ق).
- التشويه أو التحريف، وهو استبدال أكثر من حرف في الكلمة بأحرف أخرى تؤدي إلى تغير معناها وبالتالي عدم فهم ما يراد قوله.
- العلو، يتمثل في ارتفاع الصوت الذي قد لا يتوافق مع طبيعة الحدث الذي يتكلم عنه.
- عدم التغير في طبقة الصوت بحيث يسير الكلام على نبرة ووتيرة واحدة.
- القصور في استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية والجسمية المصاحبة للكلام.
- قصور في الاتصال بالعين مع المتحدث والذي يتمثل بعدم التغير أو التحويل في اتجاهات الرأس عند متابعة الاستماع لشخص ما.
- (اللفظية) الإراط في الألفاظ على حساب المعنى، وينتج هذا عن القصور في الاستخدام الدقيق للكلمات أو الألفاظ الخاصة بموضوع ما أو فكرة معينة، فيعتمد إلى سرد مجموعة من الكلمات أو الألفاظ عله يستطيع أن يوصل أو يوضح ما يريد قوله.
- قصور في التعبير وينتج عن القصور في الإدراك البصري لبعض المفاهيم أو العلاقات أو الأحداث وما يرتبط بها من قصور في استدعاء الدلالات اللفظية التي تعبر عنها.

وعليه فإن للمدرسة دوراً مهما في العمل على تنمية الحواس الأخرى وخصوصاً المهارات السمعية والمهارات اللمسية لدى الأطفال المعاقين بصريا، على أساس أن تلك المهارات تعتبر من أهم مقومات الاستعداد للقراءة، ولعل من المفيد في هذا الصدد التنبيه إلى أمر لا يزال مغفلا من قبل المرشدين والمعلمين والتربويين والإداريين في مجال الإعاقة البصرية في كثير من بلاد العالم الثالث ألا وهو التركيز والاهتمام بما يوجد لدى الأطفال المعوقين بصريا من بقايا بصرية يمكن الاستفادة منها، وقد جاء هذا الإغفال نتيجة لأسباب منها: أن بعض الناس في أوساط المجتمع المختلفة يعتقدون أن المعوقين بصريا لا يرون شيئا على الإطلاق، وهذا مفهوم خاطئ من أساسه إذ تظهر الإحصاءات التي أجريت في الولايات المتحدة – على سبيل المثال – أن حوالي 10٪ فقط من المجموع الكلي للمعوقين

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

بصرياً، وحوالي 20٪ فقط من أطفال المدارس هم الذين لا يوجد لديهم بقايا بصرية، وهؤلاء يعرفون بالمكفوفين كليا Totally blind.

ومما تتسبب كذلك هو أن فلسفة تعليم هؤلاء الأطفال كانت في البداية المتقدمة ولا تزال في كثير من البلاد النامية تبنى على أساس أن استخدام البصر يؤدي إلى إضعافه أو حتى إتلافه، غير أن هذه الفلسفة التعليمية قد تغيرت تغيرا جذريا في البلاد المتقدمة حتى أصبحت تنمية المهارات البصرية من الأولويات ي مجال التربية وتعليم الأطفال المعاقين بصريا.

وعلى الرغم أن هذا التحول في فلسفة تعليم الأطفال المعوقين بصريا قد بدا في أمريكا قبل أكثر من ربع قرن من الزمان إلا أن كثيرا من المؤسسات التعليمية في البلد النامية ظلت تعمل بفلسفة الاحتفاظ بالمتبقي من البصر عن طريق عدم استخدامه، فقد وجد "الموسى" في دراسة له أن معلمي المرحلة الابتدائية في معاهد النور بالمملكة العربية السعودية – على سبيل المثال – لا يستخدمون أية استراتيجيات في تعليم القراءة تعمل على تمكين الأطفال من الاستفادة من بقايا أبصارهم، بل لقد أشار بعضهم إلى أنهم يعمدون إلى تغطية أعين تلاميذهم حتى يقرؤوا برايل بأيديهم بدلا من أعينهم.

ولقد أدى الاهتمام برعاية وتعليم المعاقين بصريا إلى ظهور اتجاهات تربوية مختلفة السبل وإن كانت كلها تهدف إلى فلسفة واحدة لتحقيق نفس الخدمات التعليمية، وتعتبر مراكز الإقامة الكاملة للمعاقين بصريا من أقدم البرامج التربوية للمعاقين بصريا، حيث يتوافر فيها هيئة التدريس المتخصصة والأدوات والوسائل والأجهزة المعينة المناسبة للمعاقين بصريا. ويعتبرها البعض المكان المناسب لتقديم الخدمات التربوية والنفسية للأطفال المعوقين بصريا حيث تتبع فيها طرقا تربوية خاصة وتتوافر بها الإمكانيات الخاصة اللازمة للطفل المعاق بصرياً، إلا أنها قد تسبب بعض المشكلات للأطفال المعاقين بصريا، حيث تعزل الطفل عن أسرته ومجتمعه وأقرانه العاديين،وتؤدي إلى انعكاسات نفسية سالبة على المعوقين وعلى تكيفهم الشخصي والاجتماعي، وارتفاع تكاليفها بالنسبة للمدرسة الخارجية.

والاتجاه التربوي الحديث يميل إلى دمج المعوقين بصريا في الصفوف الخاصة الملحقة المدرسة العادية، أو في الصفوف العادية في المدرسة العادية، فإما يتم وضع المعاقين بصريا في فصول ذات تجهيزات خاصة ملحقة بالمدارس العادية ولكن الطفل يترك فصله من حين لأخر أثناء اليوم المدرسي ليشارك زملاءه المبصرين في نشاطهم الذي لا يحتاج إلى مجهود بصري، أو يتم وضع المعاقين بصريا في فصول عادية للأسوياء ذات تخطيط تربوي خاص حيث يسمح للطفل المعاق بصريا أن يترك الفصل العادي ويذهب إلى فصل خاص يزاول

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

فيه النشاط التربوي المحتاج إلى استعمال دقيق للبصر، ويقوم هذا الرأي على زيادة إدماج الطفل المعاق بصري مع المبصرين ومساعدته على إبراز ما عنده من قدرات وميول وتقويتها.

وإن اتخاذ مثل هذه الخطوة يتطلب الدراسة الواعية لكل المتغيرات والعوامل التي تضمن لجاحها، ويقف على رأس هذه العوامل اتجاهات المعلمين والأطفال المعوقين بصرياً.

ففي دراسة مقارنة أجراها بومان Bauman بين مجموعتين من المعاقين بصريا إحداهما تقيم إقامة داخلية في إحدى المدارس الداخلية الخاصة بالمعاقين بصرياً، والأخرى تتعلم في المدارس النهارية، وجد بومان أن هناك فروقاً في التوافق الانفعالي لصالح المعاقين بصريا في المدارس النهارية أي أن درجة التوافق الانفعالي للمقيمين إقامة داخلية من المعاقين بصريا أقل من درجة التوافق التي أحرزها أقرانهم في المدارس النهارية ويظهر من هذه الدراسة أثر التفاعل بين المعاق بصرياً وأسرته من ناحية، وتفاعله مع المبصرين في المجتمع من ناحية أخرى، في تنمية الجوانب المختلفة لشخصيته، وفي الحد من الاعتمادية على الآخرين، مما يساعد على تنمية قدراته الذاتية مما يؤدي إلى الزيادة في توافقه الانفعالي مقارنة بأقرانه المقيمين في المدارس الداخلية الذين لا تتاح لهم فرصة التفاعل مع المبصرين في الأسرة والمجتمع.

ولقد أجرى السرطاوي وآخرون دراسة مسحية للتعرف على آراء المعلمين والمدراء في المدارس الابتدائية ومعاهد التربية الخاصة في مدينة الرياض، نحو أنماط الخدمة التربوية المناسبة للمعوقين ودمجهم، وقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود أثر دال لمتغير الجنس، والمستوى التعليمي، وسنوات الخبرة على مدى تقبل دمج الأطفال المعوقين في المدارس العادية، في حين لم يظهر أثر لمتغيري طبيعة العمل ومكان العمل على الدمج.

وهذا النوع من الدمج يسمح للأطفال المعاقين بصريا بالاندماج في الحياة العادية مع العاديين باستمرار ومع زملائهم العاديين بصفة خاصة، كما إنها تجنب الطفل المعاق بصريا العزلة الاجتماعية التي يشعر بها وهذا يجنب الطفل المعوق كذلك النظرة التشاؤمية لقدرته والأحكام القبلية التي يفرضها مجتمع العاديين من حوله والاتجاهات التمييز والرفض والحواجز النفسية ضد المعوقين وخاصة عند تشغيلهم.

إلا أن عملية الدمج هذه قد توجد بعض المشكلات للمعاقين بصريا، من حيث أن المدرسة أو الفصول الخارجية الملحقة بالمدارس العادية لا تتوافر فيها الإمكانيات المطلوبة لهذه الفئة من المعوقين كما هو الحال في معاهدهم الخاصة بهم، والتي تتبع نظام الدراسة الداخلية أو الإقامة الكاملة والبرنامج الشامل، كما إن تنظيم المدرسة العادية بوسائلها وأنشطتها ومكتبتها

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ومعاملها وغير ذلك قد لا يتناسب مع حالة وإمكانيات الطفل المعاق بصريا الذي يحتاج إلى مدرسة من نوع خاص وتنظيم خاص توفر له حرية الحركة والنشاط، فضلا على أن المدرسة العادية تضع عبئا كبيرا على أولياء الأمور في توفير المواصلات اللازمة يومياً للطفل المعوق بصريا ذهاباً وعودة، فضلاً عن ضرورة تفرغ مرافق خاص به باستمرار.

دور المرشد في المشكلات التربوية:

يجب أن يعمل المرشد على توجيه المعاق بصرياً إلى المعاهد الخاصة بالمعاقين بصرياً وأن يعرفه على الخدمات التي تقدمها هذه المعاهد من خدمات تعليمية وتربوية، وأن يغرس لديه الاعتماد على النفس، وأن ينمي قدراته إلى أقصى حد ممكن، كما عليه أن يتدخل مبكراً بحيث لا يتيح للاجتهادات الشخصية الخاطئة من الأشخاص غير المتخصصين لتقديم خدمات للمعاق بصرياً خاطئة مما يؤدي إلى نتائج سيئة عليه.

العمل على المشاركة الإيجابية النشطة للطفل المعوق بصريا في الأنشطة المدرسية بشرط أن يكون ذلك من خلال طرق وأساليب تتميز بالحب والدفء والرغبة في المساعدة والتقبل وليس من منطلق الحماية الزائدة للطفل المعوق بصريا التي تشجع اعتماده على الآخرين. وأن تكون هذه الأنشطة من النوع الذي يتطلب مشاركة جميع الأفراد في الأداء، وعندما يظهر المعوقون بصريا قدرتهم على الأداء فن المبصرين ينظرون إليهم بقدر أكبر من الاحترام مما يجعلهم يدعونهم إلى المشاركة في أنشطة أخرى، بهذه الطريقة يمكن أن يكتسب الأطفال المعوقون بصريا الثقة بالنفس كأعضاء إيجابيين في الجماعة ويشعرون بالقدرة على دعوة زملائهم لمشاركتهم بعض الأنشطة التي يفضلونها، كما يتيح لهم الاختلاط مع زملائهم المعاقين بصرياً، وكذلك مع زملائهم الأسوياء ومحاولة مجاراتهم في تحصيل الخبرات والإسهام في الأنشطة وهذا يعتبر غاية كل عمل تربوي وتأهيلي.

توفير التنشئة الاجتماعية السليمة بالمساهمة في تيسير العمليات التكوينية والوقائية والعلاجية من خلال تزويد الطفل بالمهارات المختلفة في نطاق قدراته وإمكاناته ومتطلبات المجتمع، ومساعدته على تخليص مشاكله والعقبات التي تعطل تحصيله الدراسي ووقايته من التعرض لها، ومساعدة المدرسة على زيادة كفاءتها وتطوير وسائلها لتكون أكثر قدرة على تلبية متطلبات التغير والتقدم في المجتمع.

يمكن تصحيح المسار الفلسفي في تعليم الأطفال المعاقين بصرياً في البلاد النامية، فقد حددت Corn ثلاثة أنواع من البرامج التدريبية التي تستخدم في تنمية المهارات البصرية لديهم، وهي عادة تقدم بشكل تسلسلي بعد عملية تقييم المتبقي من حاسة الإبصار على النحو التالي:

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- برامج تعمل على استثارة حاسة الإبصار.
- برامج تعمل على زيادة فاعلية حاسة الإبصار.
- برامج تركز على تحديد الوسائل والأساليب التي تعمل على زيادة الاستفادة من حاسة الإبصار.

خامسًا: المشكلات المهنية:

المعاق بصريا كعضو في المجتمع عليه واجبات وله حقوق، والتي من أهمها أن تمكنه الجماعة من ممارسة نشاطه في حدود قدراته وإمكاناته.

وعلى الرغم من أن المعاقين بصرياً قد يحصلون على تعليم من مستوى جيد إلا أن نسبة كبيرة منهم لا تكتسب معلومات كافية عن عالم العمل، فتفاعلاتهم مع ذوي الأعمال المختلفة محدودة وهم قد لا يكون لديهم الوعي الكافي بالمهن التي قد ينجحون فيها، ولكن الأفراد المعاقين بصريا يستطيعون القيام بالعديد من الأعمال وذلك اعتماداً على قدراتهم وميولهم ورغباتهم ويشير جيمس بتر Bitter إلى أن أهم عامل يجب مراعاته في التأهيل المهني لهؤلاء الأراد هو معرفة وتحليل التأثيرات النفسية للإعاقة البصرية، وقد أفاد مكتب العمل الدولي بأن الحرف والمهن التي يقوم بها المعاقون بصرياً قد زادت بشكل ملحوظ في الأعوام القليلة الماضية بسبب توفر معينات القراءة والحركة المتطورة، وبوجه عام فإن هناك قبولا متزايداً في معظم دول العالم حالياً لفلسفة تشغيل المعوقين بصرياً مع المبصرين في سوق العمل المفتوح.

ونتيجة للتقدم العلمي فقد تنوعت المهن في المجتمعات مما نتج عنه صعوبة موقف المعاق بصريا في الحصول على العمل المناسب وبذلك كان لابد من إتاحة فرصة التعليم المهني للمعاق بصريا للاستفادة من حواسه الأخرى في تدريبه حسب قدراته وإمكانياته الجسمية والنفسية والحركية حتى يستطيع بعد قضاء فترة التدريب المهني أن يلتحق بالعمل المناسب له ليكون مواطناً صالحاً يقوم بدوره في خدمة مجتمعه كغيره من المبصرين، فالعمل النافع اجتماعياً للمعاق بصريا يعتبر أفضل علاج له لتكيفه مع نفسه ومع مجتمعه، كما يعتبر أفضل صورة للرعاية التربوية فالعمل الذي ينجح فيه المعاق بصرياً يكسب حياته معنى وقيمة وشعوراً بالرضا والطمأنينة كما أن العمل يحرر المعاق بصرياً من صراعه مع الظلام فيجعله مستقراً نفسيا ومتكيفاً اجتماعيا، والعمل ينمي الطموح عند المعاق بصريا ويساعده على إدراك عالم المبصرين بنفس راضية فالعمل يمنح المعاق بصريا شعورا بالثقة بالذات والاعتزاز بالنفس نتيجة لقدرته على الإنتاج والنجاح فالعمل يحقق أهداف المعاق بصريا في

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الحياة مثل المبصر، فيعوده على الاستقلال الاقتصادي وتكوين الأسرة دون الاعتماد على الآخرين، فكلما زادت ثقة المعاق بصريا في نفسه كلما كسب كثيرا وفي حالة فشله.

وإن الخطوة الأساسية في تأهيل المعاق بصرياً وإعداد للعمل المناسب هي التوجيه المهني ويقصد به معاونة المعاق بصرياً على تفهم نفسه والتعرف على طاقاته وإمكانيته، حتى يستطيع أن يستغلها في الناحية التي تعود عليه وبالتالي على مجتمعه بالنفع، ومن أهداف التوجيه المهني أيضا معاونة المعاق بصريا على تحقيق التوافق والإشباع المهني.

أما تأهيل المعاقين بصرياً فيقصد به تربيته حسياً وعقلياً حتى يصل إلى أقصى ما يستطيع الوصول إليه من الكمال ليسد في حياته الفردية والاجتماعية، فإذا ما انتهى دور التربية والتوجيه عمدت الرعاية التأهيلية إلى مساعدته ليشق طريقه في المجتمع ولا يتعثر نتيجة الصعوبات التي تفرضها حالة من فقدان البصر، وإذا ما كبر في السن فإن الأمر ينتهي إلى مساعدته ماديا أسوة بغيره من المسنين.

ويهدف التأهيل المهني للمعاقين بصرياً إلى إعدادهم للعمل في حرفة أو مهنة من المهن التي تلائمهم دون أن يعتمدوا على غيرهم بأقل قدر ممكن ودون أن نضعهم في موقف تنافسي مع المبصرين وذلك في وسط يحميهم من مخاطر العمل وأضراره، كما أن التأهيل المهني للمعاقين بصريا يهدف إلى إكسابهم الخصائص الشخصية التي تمكنهم من الحصول على تقبل الآخرين لهم التي تعاونهم على الاندماج في الجماعة التي يعملون بينها، كما يهدف إلى إكسابهم العادات الطبية للعمل التي تساعدهم على أن يكونوا على قدر من الكفاية الإنتاجية والانتظام في العمل والتوافق معه كعادات الانتظام والمواظبة وإتباع الأوامر والتعليمات والتعامل الاجتماعي السليم، وللوصول إلى هذا الهدف يقوم التأهيل المهني بتقديم عدة خدمات متكاملة يمكن أن نحصرها في تأهيل المعاقين بصريا في النواحي التحصيلية والثقافية والخدمات الطبية والصحية والخدمات الرياضية والترفيهية والإرشاد النفسي على اختلاف أنواعه والتدريب المهني والتعلم الاجتماعي.

فإذا نظرنا إلى العمل من الناحية النفسية والاجتماعية فإننا نجده لا يعني مجرد بذل جهد عقلي أو جسمي للتأثير على الأشياء أو الأشخاص للوصول إلى نتيجة ما، بل يعني في الحقيقة تفاعلا بين الإنسان والبيئة المادية والاجتماعية التي يعيش فيها فالإنسان يحاول في أثناء عمله أن يحقق أهدافه وأن يشبع رغباته وحاجاته، وأن يحيل قيمه ومثله حقيقة واقعة، وأن يعبر عن دوافعه وصراعه وقلقه بصورة مقبولة، يرضى عنها هو نفسه كما يرضى عنها المجتمع الذي يعمل فيه، وهو في أثناء هذا التفاعل مع الوسط الذي يعمل فيه ينمو، وينضج ويؤكد توازنه ويحقق ذاته ويشعر بقيمته وإنسانيته ويكفي للدلالة على ذلك أن ننظر إلى المتعطلين والتغيير

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الذي يطرأ عليهم عندما يعملون، فالمتعطل – كما كشفت الأبحاث النفسية والاجتماعية المختلفة – شخص تتضاءل نظرته إلى نفسه ويقلل من قيمتها، ويرى حياته عبثا لا طائل من ورائه ومجرد وجود لا قيمة له ولا أهداف أمامه، كما أنه يفقد أمنه وثقته بنفسه ويشعر بالدونية، وسرعان ما ينعكس هذا كله على شعوره ومشاعره نحو الآخرين فهم في نظره قد نبذوه وأهملوه أن لم يكونوا قد كرهوه وعادوه،وكثيرا ما يؤدي ذلك إما إلى عدوان صريح أو ضمني نحوهم، أو إلى هروب منهم وانزواء عنهم وقد يلجأ إلى الأوهام والتخيلات أو الإدمان لعله يجد فيها مهربا من الضغط والتوتر اللذين يعاني منهما، وقد يلجأ إلى أساليب إجرامية يخفي وراءها فشله، أو يشبع عن طريقها حاجاته الملحة أو يرضى بها نوازعه ونزواته، وقد يلجأ أخيراً إلى الهروب من الحياة كلية معبراً بذلك عن شقائه وتعاسته، وعن يأسه وقنوطه.

وإذا كان العمل لازما وملحا بالنسبة للأصحاء والأسوياء من الناس فإنه يصبح أكثر لزوما وأشد إلحاحا بالنسبة لهؤلاء المعاقين بصريا فهذه الفئة مثل غيرها من بني الإنسان تشعر بشعورهم وتخضع لنفس دوافعهم وتطمع في أن تصل إلى ما وصلوا إليه ومن ثم يصبح الإعداد للحياة العملية ومحاولة وضعهم في مواقع العمل الملائمة لإمكانيتهم والبلوغ بهم مبلغ السعي، وتحقيق تلاؤم بينهم وبين ما يعهد إليهم من عملن وتكيف مع زملائهم في العمل ورؤسائهم وتوافق بين مطالبهم ومطالب مهنهم، ويصبح هذا كله وسيلة وغاية وتكاملاً وتحقيقاً فالعمل بالنسبة لهم وسيلة للتغلب على ما يشعرون به من نقص أو يشعرهم به الآخرون من عجز، كما أنه غاية إذ تتحقق ذواتهم في عملهم ويصبح هذا العمل بالنسبة لهم مجالاً للوجود الإنساني والكرامة البشرية، كما أنه يضعهم في الصورة والإطار الاجتماعيين فيصبحون عنصرا من عناصر القوة البشرية العاملة ويحققون نوعاً من التكامل الاجتماعي والاقتصادي نحن في أشد الحاجة إليه.

خطوات نجاح التأهيل المهني للمعوقين بصرياً:

الكشف الطبي: وذلك لمعرفة درجة كف البصر وظروف الإصابة وخطوات علاجها حتى تقوم عملية التوجيه والتدريب المهني على أساس سليم.

بحث الحالة: وذلك بغرض التعرف على المعلومات الشخصية عن المعاق بصرياً وأسرته وخبرته المهنية ومستواه الثقافي وقدرته وتكيفه بعد الإصابة وهذه المعلومات لها أهميتها في توجيه ونجاح التدريب المهني.

التوجيه المهني: وهو مساعدة المعاق بصرياً على اختيار ما يناسبه من أعمال في ضوء التعرف على ظروف الإصابة والخبرات السابقة ومدى تقبله للعمل المعروض عليه ولتحقيق ذلك يستلزم أن تتضمن عملية التأهيل المهني الآتي:

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- تحليل المهن: وذلك لمعرفة احتياجات كل مهنة ومتطلباتها من استعدادات وقدرات ومهارات لوضع المعاق بصرياً في العمل المناسب له.
- تحليل شخصية المعاق بصرياً: وذلك لمعرفة قدراته ونواحي القوة والضعف فيه عن طريق الطبيب والأخصائي الاجتماعي والنفسي.
- التوجيه: وهذا يتطلب مراعاة التوفيق بين حاجات المعاق بصرياً والنواحي المكفولة في مجال العمل وذلك لوضع كل فرد في المهنة المناسبة له ومساعدة المعاق بصرياً على التكيف النفسي والاجتماعي لبيئة العمل الجديدة.
- التدريب المهني: وهذا يستلزم أن يتقبل المعاق بصرياً عاهته وتكيفه مع وضعه الجديد حتى يستقر نفسياً وبعد ذلك تبدأ خدمات التدريب على المهنة الملائمة له.
- التشغيل : وهي المرحلة الأخيرة من مراحل التأهيل المهني فلا فائدة من التدريب دون إيجاد العمل المناسب للمعاق بصريا في المهنة التي تدرب عليها ونجح فيها.
- التتبع: ويجب هنا متابعة المعاق بصريا بعد التحاقه بالعمل وذلك لإرشاده للتغلب على العقبات أو مشكلات العمل التي قد يواجهها.

إن المعاقين بصريا هم طاقة بناءه يمكن استغلالها والإفادة منها، وإلا فإن الآية تنعكس ويصبحون عوامل هدم وتشويه بدلاً من كونهم عوامل بناء وتدعيم، فمن المعروف أن المعوقين عامة والمعاقين بصرياً خاصة إن لم يشغلهم عمل يصرفون فيه جهدهم ويقضون فيه وقتهم، فإنهم يتحولون إلى عناصر هدامة يتفشى بينها الانحراف الاجتماعي بشتى صوره ويصبحون عالة ثقيلة على المجتمع، إن الأمر لا يستلزم أكثر من الاعتراف بكرامة الفرد المعوق وتدعيم الثقة في قدراته وتقبله في المجتمع بما يضيف المزيد إلى الكفاية الإنتاجية.

دور المرشد في المشكلات المهنية:

1. يعد الإرشاد من أهم عناصر التأهيل المهني، وهناك العديد من النظريات الإرشادية التي يمكن الاستفادة منها في عملية التأهيل لتحسين أداء المعاق بصرياً وتكيفه مع المهنة، ومن أهم المهارات الإرشادية في التأهيل المهني:
    - إجراء المقابلات مع المعاق بصرياً.
    - بناء علاقة إرشادية فاعلة مع المعاق بصرياً.
    - إيضاح دور كل من المرشد والمعاق بصرياً في العملية التأهيلية.
    - كتابة أهداف إرشادية مهنية للمعاق بصرياً.
    - توجيه المعاق بصريا وأسرته لتطوير خطط مهنية واقعية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- مساعدة المعاق بصريا على إدراك قدراته وميوله الذاتية.
- مساعدة المعاق بصريا على فهم دوره في عالم العمل.
- التعامل مع المعاق بصريا باحترام وألفه.
- معرفة مهارات الإصغاء الإيجابي والتنظيم والتشجيع.
- استخدام أساليب تعديل السلوك الفاعلة.
- استخدام منهج منظم للتغلب على المشكلات التي تعيق العملية الإرشادية.

2. إن سنوات المراهقة المتأخرة والرشد المبكرة هي سنوات ينتقل فيها الشخص المعوق بصرياً مثله في ذلك مثل الأشخاص جميعا من دور الطفل إلى دور العامل، وتشكل هذه السنوات مرحلة انتقالية صعبة ومن المستحسن في هذه المرحلة أن يتعاون الطفل وأسرته، ومعلموه،والمرشد لتحقيق الانتقال بيسر وسهولة، ولكن عملية الانتقال هذه ملية متعددة المرحل تبدأ في مرحلة الطفولة وتستمر طوال العمر، ودور المرشد في المراحل المختلفة من التوجيه والإرشاد المهني على النحو التالي:

أ. دور المرشد في مرحلة الوعي المهني (من الروضة إلى الصف الثالث الابتدائي):

1. مساعدة الطفل على معرفة خصائصه الشخصية: أمثلة:

- إعطاء أمثلة لإيضاح خصائص التعرف إلى الصفات الشخصية.
- التعرف إلى معنى الاهتمامات.
- وصف علاقة الاهتمام بالنشاطات.
- وصف كيف يعبر الناس عن اهتماماتهم.

2. مساعدة الطفل على معرفة أنواع مختلفة من الأعمال: أمثلة:

- التعرف على النشاطات المختلفة لدى الناس، وعمل زيارات ميدانية.
- التمييز بين تلك النشاطات، وعرض مفهوم المهنة.
- التمييز بين المهنة والعمل التطوعي، العمل المنزلي، النشاطات الترفيهية.
- تمييز مصطلحات مثل: البائع، خدمات، منتفعون، منتجون.
- فهم العلاقات بين المهن المختلفة ، العمل الجماعي.

3. مساعدة الطفل على تقبل المسئوليات: أمثلة:

- بين أنواع السلوك التي تجعل الآخرين سعداء أو غير سعداء.
- أعط أمثلة على نواح سلوكية تسعد الطفل، ونواح تغضبه.
- تحدث عما يقلق الطفل.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- مناقشة نتائج النجاح بشكل عام (هل الدور للحظ أم لهد الأفراد).

4. مساعدة الطفل في تنظيم المعلومات حول العمل، أمثلة:
   - تعليم الطفل تصنيف المعلومات وترتيبها.
   - تحديد طرق أخذ القرارات (معنى القرار، خطوات أخذ القرار، التمييز بين الجيد والسيىء وأهمية اعتبار مجموعة من القرارات).

5. مساعدة الطفل على تطبيق مبدأ التعاون: أمثلة:
   - إدراك أهمية العمل.
   - والتعرف على حاجات الأفراد التي تلبي من خلال العمل.

ب. دور المرشد في مرحلة التكيف المهني (من الصف الرابع إلى السادس الابتدائي):

1. مساعدة الطفل على تطوير المعلومات عن نفسه: أمثلة:
   - مناقشة الاهتمامات، القدرات، القيم، معرفة العوامل التي تؤثر على التغير في الاهتمامات (مثل النمو، التعلم، الخبرات).
   - معرفة أثر القيم على الاختبارات المهنية.
   - معرفة مدى الاختلاف في اليم لدى الأفراد.

2. مساعدة الطفل على تقبل زيادة تحمل المسئولية.

3. مساعدة الطفل على أخذ المعلومات واتخاذ القرارات: أمثلة:
   - توضيح لماذا وكيف تؤخذ القرارات، وتوضيح كيفية البحث عن المعلومات.

4. مساعدة الطفل على تفهم اتجاهات الآخرين المختلفة نحو العمل، أمثلة:
   - تحديد عمل جماعي للأطفال بد ذلك وصف مدى حب وكره كل واحد من الأطفال للنشاط الذي قام به ومناقشة الآراء المختلفة.

ج. دور المرشد في مرحلة التعرف (من الصف الأول متوسط إلى الصف الثاني متوسط):

1. مساعدة الطفل على وصف مفهوم الذاتي المهني، أمثلة:
   - وصف دور الذات عند التخطيط المهني وأخذ القرارات.
   - إيضاح أهمية المعلومات في التخطيط المهني وأخذ القرارات.
   - تحديد نوع المعلومات الضرورية للتخطيط للمهنة.
   - اختيارات مبدئية تجريبية لبعض المهن.

2. مساعدة الطفل على تقبل المسئولية في التخطيط لمهنة تخصه، أمثلة:

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- مناقشة الحاجة إلى المهنة.
- وصف العلاقة بين القرارات التربوية والمهنية.

3. مساعدة الطفل على البحث عن المعلومات وطرق اتخاذ القرارات: أمثلة:

- الاختيار من ضمن مجموعة من الاختبارات.
- التمييز بين حل المشكلة واتخاذ القرارات.
- تحديد العوامل المؤثرة على اتخاذ القرارات (القدرات، الرغبات، البيئة).
- يقوم الأطفال بتصنيف المهن التي تحتاج إلى رؤية ومهن لا تحتاج إلى رؤية.
- إدراك المتطلبات الضرورية لاتخاذ القرارات مثل (القيم باستخدام المعلومات ذات العلاقة، استخدام الاستراتيجيات الفعالة).
- تسمية المهن المتوفرة في المجتمع.
- يقوم الأطفال باختيار مهن ويطلب منهم تحليل تلك المهنة على أن يشمل التحليل:
  - مدى التدريب المطلوب.
  - مدى الحاجة إلى الرؤية.
- التعديلات المتوقع بأنها ضرورية لكي ينجح المعاق بصرياً في المهنة.

4. مساعدة الطفل على المشاركة في نشاطات جماعية.
5. مساعدة الطفل على تحديد دور العمل في تلبية الحاجات الفردية والاجتماعية، أمثلة:

- يقوم الأطفال بإجراء مقابلة مع شخص معاق بصرياً يمارس مهنة للتعرف إلى ما يلي:
  - مهنة الشخص.
  - مدى تأثير الإعاقة البصرية في عمله.
  - سبب نجاح المعاق بصرياً في عمله.
  - رأي الطفل نحو هذه المهنة كهدف مستقبلي.

د. دور المرشد في مرحلة الاستكشاف والتحضير (من الصف الثالث متوسط إلى الصف الثالث الثانوي):

1. مساعدة الطفل على تحقيق مفهوم الذات المهني، أمثلة:

- مناقشة أثر الإعاقة البصرية على اختيار المهنة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- مناقشة الاهتمامات والقدرات من خلال الاستكشاف المهني.
- التدريب على كيفية التعديل في التخطيط للمهنة.

2. مساعدة الطفل على تنفيذ خطط تؤهله لتحقيق أهداف المهنة، أمثلة:
   - مناقشة الحالة الاقتصادية للمهنة والمتطلبات التعليمية.
   - توعية الطفل في مفهوم المنافسة والثبات في المهنة.
   - التعامل مع الآخرين.
   - تطور مهارات جديدة حول العمل.
   - تدريب عملي على مهنة تحت الإشراف مباشرة.
   - اكتساب طرق البحث عن المهنة وكيفية التقدم للمهنة وإنجاح المقابلة.
3. مساعدة الطفل على تنفيذ الخطة المهنية، أمثلة:
   - معرفة أسباب الالتحاق في مهنة.
   - تحديد المؤثرات على الخطة لمهنة.
   - تحديد رأي الطفل في المهنة التي اختارها.
4. مساعدة الطفل على تطبيق كفايته في اتخاذ القرارات.
5. مساعدة الطفل على تطبيق مهارات التفاعل مع الآخرين أثناء العمل.
6. مساعدة الطفل على تطبيق عادات واتجاهات فعالة نحو العمل.

توفير فرص العمل والتفاعل مع بقية المواطنين ومحاربة الانعزالية في شتى صورها، ولتحقيق ذلك تقع على عاتق المرشد المسئوليات الآتية:

- تحليل الأعمال حتى يمكن أن يستفيد المعوقين بصرياً من فرص العمل المكفولة لهم في البيئة المحلية في ضوء مطالب الأعمال ومقتضياتها.
- تحليل الفرد بقصد الكشف عن قدراته واستعداداته وميوله واتجاهاته وخبراته وسمات شخصيته.
- التوفيق بين حاجة المعوق بصريا والفرص المهنية المكفولة له في ضوء مطالب الأعمال وإمكانيته الذاتية.
- العمل على معاونة المعوق بصرياً على التوافق الاجتماعي والنفسي والمهني، مع الاهتمام بحل مشكلاته الفردية في النواحي الاجتماعية والمهنية والنفسية.
- يجب على المرشد أن يقوم بإجراء الاتصالات المتعددة، وأن يعمل على تكوين علاقات وثيقة مهنية بالهيئات المختلفة في المجتمع، وخاصة بالمؤسسات الإنتاجية، حتى

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

يضمن سن تشغيل المعوقين بصريا في الأعمال التي تلائمهم وتكفل تكيفهم مع ظروف البيئة المهنية التي يلتحقون بها.

- إصدار التشريعات التي تهيئ القيام بتشغيل المعوقين بصرياً وتسهيل حياتهم في المجتمع، مثلاً أن تصدر الدولة تشريعاً ينص على تخصيص نسبة محددة من عدد العاملين بالمصانع والمؤسسات التي يبلغ حجم العمال فيها مستوى معين، لكي تلحق بها المعوقين بصرياً الذين تم تدريبهم وتأهيلهم، حيث أن تأهيل المعاقين بصرياً وإدماجهم في المجتمع كعاملين منتجين له آثار اجتماعية بعدة المدى، من أبرزها مكافحة ظاهرة التسول، بالإضافة إلى تدعيم ثقة المعاقين بصريا بأنفسهم وخروجهم من الدائرة المغلقة التي ظلوا يعيشوا فيها طويلاً.
- إن المعاقين بصرياهم أشخاص يجب عدم الحط من إنسانيتهم بسبب اختلافهم عن الآخرين وهم يواجهون مثيرات غير تقليدية قد تقودهم إلى مواجهة مشكلات خاصة تتعلق بالجوانب النفسية أو الاجتماعية أو الأسرية أو التربوية المهنية.
- لذا يجب على الأسرة والمدرسة والمجتمع أن يقدموا العون للمعاقين بصريا من أجل مساعدتهم على الاندماج بالعالم الواقعي لتجنبهم احتمالات الإصابة بالاضطرابات النفسية والاجتماعية وإذا كان هذا الموقف هو ما يجب أن نقفه من المبصرين أيضاً، فإنه بالأحرى أن نكون أرص عليه إزاء المعاقين بصرياً وذلك لأن المعاق بصرياً يعد معزولاً جزئياً عن العالم الخارجي نتيجة إعاقته التي لا تتيح له إدراك ما حوله ومن حوله إلا الجوانب التي يمكن لحواسه أن تقدمها له والاستراتيجيات الإرشادية المقترحة تؤكد على ضرورة تعامل المرشد مع الإنسان ككل متكامل، ويجب أن يصبح المرشد على وعي وخبرة بكيفية تأثير الإعاقة البصرية على جميع جوانب حياة الشخص المعوق، علاوة على ذلك، أكدنا على ضرورة أن يكون المرشد بارعاً، يستخدم الأدوات والأساليب الأكثر فاعلية وجدوى،

باختصار، إن على المرشدين توظيف جميع الموارد المتاحة لهم وللآخرين أيضا لمساعدة المعاقين بصرياً ليجدوا معنى لحياتهم وليعيشوا حياة كاملة.

ثالثا: نماذج أنشطة يمارسها المعاقين بصريا مع المبصرين:

أولاً: نماذج لألعاب المحاكاة:

- **النشاط الأول**: لعبة بندول الساعة: شجع الطفل على تحريك رأسه يميناً ويساراً، كحركة بندول الساعة، ويساعد هذا التمرين على تقوية عضلات الرقبة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- **النشاط الثاني**: لعبة التسليم: شجع الطفل على تحريك رأسه جهة اليمين، ثم تحريكها جهة اليسار يساعد هذا النشاط على تقوية عضلات الرقبة.
- **النشاط الثالث**: إصحى يا نايم: شجع الطفل على تحريك رأسه إلى أسفل ثم إلى أعلى، كيقظة الانتباه من النوم، يساعد هذا النشاط على تقوية عضلات الرقبة.
- **النشاط الرابع**: لعبة الطائر: شجع الطفل على تحريك ذراعيه إلى جانب جسمه كحركة جناحي الطائر، يساعد هذا التمرين على تقوية مفاصل الذراعين.
- **النشاط الخامس**: لعبة خذ وهات: قف أمام الطفل مع الإمساك بيده بحيث تكون إحدى ذراعيه ممدودة وأخرى مثنية ثم تبادل ثني الذراعين ومدهما، كرر ذلك الجذب والدفع، يساعد هذا التمرين على تقوية مفاصل الذراعين.
- **النشاط السادس**: لعبة الدراجة: شجع الطفل على الاستلقاء على ظهره رافعاً ساقية ثم أطلب منه ثني ساقيه ومدهما، بتبادل كحركة تبديل أثناء قيادة الدرجة، ويساعد هذا التمرين على تقوية مفصل الركبة.
- **النشاط السابع**: لعبة الفلاح: شجع الطفل على الانحناء من الخصر مع تحريك ذراعيه إلى أسفل ثم الاعتدال مع رفعهما إلى أعلى، كحركة الفلاح عند استخدام الفأس، يساعد هذا التمرين على تقوية الجذع والذراعين.
- **النشاط الثامن**: لعبة إبريق الشاي: شجع الطفل على الانحناء من الخصر إلى الجانبين مع فرد الذراعين وثنيهما كحركة إبريق الشاي، يساعد هذا التمرين على تقوية الجذع.
- **النشاط التاسع**: لعبة التجديف: شجع الطفل على الجلوس على الأرض، بحيث تكون ساقاه مبسوطتان أمامه، ثم أطلب منه ثني جذعه والوصل إلى ذراعيه إلى أطراف أصابع قدميه، ثم العودة إلى الوضع الأول كحركة التجديف، يساعد هذا التمرين على تقوية الجذع والبطن.
- **النشاط العاشر**: لعبة الأرنب: شجع الطفل على الجلوس القرفصاء على أربعة، ثم الوثب إلى الأمام باليدين ثم دفع القدمين ناحيتهما، كقفز الأرنب، يساعد هذا التمرين على تقوية عضلات الذراعين والكتفين والرجلين.
- **النشاط الحادي عشر**: لعبة الجمل: شجع الطفل على السير على أربعة بتقديم اليد اليمنى مع الرجل اليمنى، في وقت واحد، ثم تقديم اليد اليسرى مع الرجل اليسرى في وقت واحد، كسير الجمل، يساعد هذا التمرين على تقوية الذراعين والكتفين والساقين.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ثانياً: نماذج ألعاب الترابط الحركي والاتزاني لتدريب العضلات الكبيرة:

- **النشاط الأول**: لعبة أذهب قفزا وأرجع زحفاً: شجع الطفل على الذهاب قفـزا حتـى نهاية العربة، ثم العودة ماشيا على يديه وقدميه.
- **النشاط الثاني**: لعبة السير على الحبل: شجع الطفل على المشي في خط مستقيم بحيـث تلامس مقدمة الرجل اليسرى مؤخرة الرجل اليمنى، والعكس حتى نهاية الطريق.
- **النشاط الثالث**: لعبة حركات المشي: شجع الطفل على الانتقال تبعـا لأوضـاع معينـة للجسم مثل المشي على أطراف الأصابع، ثم المشي وهـو يـصفق والمـشي وهـو يـضع يديه على خصره، ثم المشي على الكعبين.
- **النشاط الرابع**: لعبة الميزان: شجع الطفل على الوقوف على قدم واحدة ضـع ذراعيـة على جانبيه، ليحافظ على التوازن لأطول فترة يستطيعها ثم أطلب منه تكرار ذلك مع القدم الأخرى، مع تدريبه على تحريك ذراعيه لحفظ توازنه.
- **النشاط الخامس**: لعبة قذف الكرة: شجع الطفل على قذف كرة تدحرجينها ، على أن تكون كرة كبيرة ثم استخدمي بعد ذلك كرة أصغر من التي قبلها وهكذا.

ثالثاً: نماذج ألعاب الترابط السمعي اليدوي:

لعبة إصابة الدمية:

شجع الطفل على التصويب بكرة صغيرة على دمية من القماش، أو الأوراق تعلقينها على الحائط، وكوني بجانب الدمية تصدرين أصواتاً حتى يتعرف الطفل على اتجاه التصويب، وارفعي من صوتك عندما يقترب الطفل من الدمية، واخفضي منه عندما يبتعد الطفـل عـن الدمية حتى يدرك مكانها تماماً.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الباب الخامس

دمج الأطفال المعاقين سمعيًا
مع أقرانهم العاديين

الفصل العاشر : مدخل إلى الإعاقة السمعية

الفصل الحادي عشر: عملية دمج الأطفال العاديين مع ذوي الإعاقة السمعية

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الباب الخامس

دمج الأطفال المعاقين سمعيًا مع أقرانهم العاديين

الفصل العاشر

مدخل إلى الإعاقة السمعية

مقدمة:

لقد شهدت السنوات الماضية تحولات جذرية في اتجاهات المجتمع نحو الإعاقة وتباينا في المواقف المتحدية بشأن أفضل السبل لتربية الأفراد المعاقين وتعليمهم.

ولعل أهم تلك التحولات يتمثل في النظر إلى الإعاقة بوصفها قضية تربط حقوق الإنسان وقد أصبحت الأدبيات العالمية تؤكد على حق كل إنسان في التعليم وعلى ديمقراطية التعليم وتكافؤ الفرص التعليمية والتربية للجميع، إلا أن تلك التحولات لم تأتي من فراغ ولكنها جاءت محصلة لترعرع بذور الدمج التي نمت بفضل الحركات الداعية للدفاع عن حقوق المعوقين والتشريعات والدراسات والبحوث العلمية والتقويمية والتجارب المشغولة بما يدعمها من نظريات علمية وتربوية والنضج المهني للعاملين في ميدان التربية الخاصة وتغير اتجاهات المجتمع نحو الطرق المناسبة للتعامل مع المعوقين.

ويتناول هذا الفصل إحدى الفئات المستهدفة لعملية الدمج وهي دمج المعاقين سمعياً مع أقرانهم الأسوياء في مدارس التعليم العام، ولكي نوضح قضية الدمج نود أن نشير إلى مفهوم الدمج Mainstreaming بأنه تعليم الأطفال الذين يعانون من قصور أو إعاقة ضمن برامج صممت أساساً للأطفال العاديين أي أن الأطفال المعاقين يشتركون مع أقرانهم في وضع واحد مع تلبية احتياجاتهم الخاصة.

وتتطلب إجراءات عملية الدمج تبصير كل المسئولية من المعلمين والآباء والأطفال العاديين بسيكولوجية الصم وضعاف السمع حيث يتناول هذا الفصل مفهوم الصمم وضعاف السمع وخصائص كل منهم وأسباب الإعاقة السمعية وفن التعامل مع الطفل ذو الإعاقة السمعية ثم نماذج لبعض الأنشطة التي يتناولها الأسوياء والمعاقين سمعياً معاً ذلك حتى يتحقق نجاح عملية الدمج.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

أولاً: أهمية السمع:

إنها تجعل الإنسان قادراً على اكتساب اللغة والسلوك الاجتماعي، وتجعله قادراً على التعامل مع المواقف الحياتية المختلفة فإذا حصل خلل في هذه الحاسة سيترتب على ذلك حدوث صعوبات متنوعة تشمل جوانب النمو المختلفة وفرص التعليم.

الجهاز السمعي وآلية السمع:

أ. **الجهاز السمعي**: يتكون الجهاز السمعي من الأذن الخارجية والأذن الوسطى والأذن الداخلية.

1. الأذن الخارجية:

- يتكون هذا الجزء من الصيوان وهو الجزء الخارجي الظاهر من الأذن، ووظيفته تجميع الموجات الصوتية وتسهيل دخولها إلى القناة الخارجية.
- والقناة السمعية الخارجية (وهي عبارة عن ممر ضيق توجد فيه غدد تفرز المادة الصمغية التي تحمي الأذن من الجراثيم).

2. الأذن الداخلية:

- وهي تجويف مليء بالهواء للمحافظة على توازن الضغط على طبلة الأذن:
- تشمل الأذن الوسطى على الطبلة والعظيمات الثلاث (وهي المطرقة والسندال والركاب).

3. الأذن الداخلية:

- تتكون من القنوات الشبه هلالية (وهي عبارة عن ثلاث قنوات شبه دائرية مليئة بالسائل).
- والقوقعة (وهي جزء حلزوني يحتوي على عدد كبير من الشعيرات الدقيقة).

ب. **آلية السمع**: يحدث سماع الصوت عندما تهتز الأجسام ويصدر عنها تردد ينتقل هذا التردد في الهواء.

- فيقوم صيوان الأذن في جمعها داخل الأذن عن طريق القناة السمعية الخارجية.
- تهتز الطبلة وتنتقل هذه الاهتزازات إلى المطرقة فالسندال فالركاب.
- ومن ثم تتحرك الشعيرات الموجودة في القوقعة وينتج عنها تيار كهربائي ينتقل بواسطة العصب السمعي الذي يصل بين القوقعة والقنطرة.
- وينتقل من القنطرة إلى القشرة الدماغية حيث يتم ترجمتها وتفسيرها.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ثانياً: المقصود بالإعاقة السمعية:

يهتم الأطباء في التمييز بين ضعف السمع والصمم.

- الصمم: إنه درجة من الفقدان السمعي تزيد عن (70) ديسبل للفرد.
- ضعف السمع: إنه درجة من فقدان السمع تزيد عن (35) ديسبل وتقل عن (70) تجعل الفرد يعاني من صعوبات في فهم الكلام.

تصنيف الإعاقة السمعية:

التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإعاقة:

1. **الصمم قبل اللغوي:** وهو حدوث الإعاقة قبل أن يكتسب الطفل اللغة وهذا النوع من الصمم لا يستطيع الطفل به أن يكتسب اللغة أو الكلام ويحتاج في هذه الحالة أن يتعلم اللغة عن طريق حاسة البصر أو استخدام لغة الإشارة.
2. **الصمم بعد اللغوي:** وهو أن يكتسب الطفل اللغة والكلام وقد يحدث هذا النوع من الصمم بشكل مفاجئ أو قد يحدث بالتدريج (يسمى الصمم المكتسب).

التصنيف حسب طبيعة وموقع الإصابة:

1. الفقدان السمعي التواصلي: وينتج عن خلل في الأذن الخارجية والوسطى يحول دون نقل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية وإن استخدام السماعات فيه مفيداً.
2. الفقدان السمعي الحسي عصبي: وينتج عن خلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي وأن استخدام السماعات في هذا النوع قليل الفائدة.
3. الفقدان السمعي المختلط: وهو الشخص الذي يعاني من فقدان سمعي تواصلي وفقدان سمعي حس عصبي في وقتاً واحدا وأن استخدام السماعات فيه قد يكون مفيداً.

الفقدان السمعي المركزي:

وهو الذي يحدث في حالة وجود خلل في الممرات السمعية في جذع الدماغ أو المراكز السمعية وأن استخدام السماعات في هذا النوع محدود الفائدة.

التصنيف حسب شدة الفقدان السمعي:

درجة الفقدان بالديسبل درجة الإعاقة السمعية:

- 25–40 بسيطة جدا
- 41–55 بسيطة.
- 56–70 ملحوظة
- 71–90 شديدة.
- أكثر من 90 دقيقة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

معدلات الإعاقة السمعية:

تعتبر الإعاقة السمعية قليلة الحدوث نسبياً وتشير الدراسات في الدول الغربية إلى أن 5٪ من الأطفال في سن المدرسة يعانون من مشكلات سمعية:

أسباب الإعاقة السمعية:

1. الوراثة.
2. عدم توافق العامل الرايزيسي.
3. الحصبة الألمانية التي تصاب بها الأم الحامل.
4. التهاب الأذن الوسطى.
5. التهاب السحايا.
6. العيون الخلقية في الأذن الوسطى.
7. الإصابات والحوادث.
8. تجمع المادة الصمغية.

المؤشرات التي تدل على احتمال حدوث الإعاقة السمعية:

- الصعوبات الواضحة في فهم التعليمات وطلب إعادتها.
- عيوب في نطق الأصوات.
- إدارة الرأس لحو مصدر الصوت عند الإصغاء للكلام.
- ظهور إفرازات صديدية من الأذن أو احمرار في الصيوان.
- التشتت والارتباك عند حدوث أصوات جانبية.
- الميل الحديث بصوت مرتفع.
- استخدام الإشارات في المواقف التي يكون فيها الكلام أكثر فاعلية.

المقصود بصعوبة السمع:

إن اصطلاح صعوبة السمع يشمل مستويات عديدة تبدأ من الحالة البسيطة مرورا بالمتوسطة والشديدة إلى العميقة، بالإضافة إلى الصمم.

أنواع صعوبة السمع:

1. ضعف سمع توصيلي Conductive hearing loss وينجم عن خلل في طريق التوصيل لعضو السمع، ويؤثر على وصول الأصوات إلى العصب السمعي، وهذا الخلل يكون في الأذن الخارجية أو الوسطى.
2. ضعف سمع حس – عصبي Sensory neural hearing loss وهو خلل في قوقعة الأذن أو المسار العصبي السمعي ومكانه في منطقة الأذن الداخلية.
3. ضعف سمع مزدوج Mixed hearing loss وهو قصر في طريق التوصيل والمسار الحس عصبي.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

مدى انتشار صعوبة السمع:

عشرة من كل ألف طفل في أمريكا لديهم صعوبة في السمع، منهم واحد لكل ألف لديه صعوبة سمع ملحوظ و3-5 من كل ألف طفل لديه صعوبة سمع بسيط إلى طفيف، مع العلم أن 3٪ من مجمل سكان أمريكا لديهم ضعف في السمع.

بشكل عام نسبة الأطفال الذين يعانون من ضعف سمع حسي عصبي في المجتمعات الإنسانية تصل تقريبا ما بين 9-27 من كل ألف، ويتساوى توزيع صعوبة السمع بين الذكور والإناث، وتحدث الإصابة غالبا منذ الولادة و10-20٪ تكتسب بعد فترة الشهرين الأولين من الولادة.

ثمانية وعشرون مليون شخص يعانون من صعوبة السمع في أمريكا، 80٪ منهم لديه فقدان سمع غير قابل للعلاج أكثر من مليون طفل في أمريكا يعانون من فقدان السمع 5٪ من الأشخاص دون سن ثمان عشرة سنة في أمريكا لديهم فقدان سمع، واحد من كل اثنين وعشرين رضيعاً في أمريكا يعانون من فقدان السمع، واحد من كل ألف رضيع في أمريكا لديه ضعف في السمع شديد إلى صمم كلي، تسعة من كل ألف طفل في سن المدرسة لديهم ضعف في السمع شديد يصل إلى صمم كلي، عشرة من كل ألف من أطفال المدارس لديهم فقدان سمع حسي عصبي دائم، واحد من كل عشرة إلى خمسة عشر طفلاً في أمريكا يعانون من مشكلة في اللغة أو الكلام 7.7٪.

مستويات السمع:

- طبيعي: درجة السمع 25 ديسبل.
- إعاقة طفيفة Slight: درجة السمع بين 25 و40 ديسبل.
- إعاقة متوسطة Mild: درجة السمع بين 40 و55 ديسبل.
- إعاقة ملحوظة Moderate: درجة السمع بين 55 و70 ديسبل.
- إعاقة شديدة Severe: درجة السمع بين 70 و90 ديسبل.
- إعاقة تامة Profound: درجة السمع 90 فما فوق.

أسباب ضعف السمع:

- أسباب قبل الولادة كالأسباب الوراثية وغير الوراثية مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية وخاصة خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل أو تناول أدوية معينة خلال مرحلة الحمل.
- أسباب عند الولادة مثل نقص الأكسجين وإصابات الرأس.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- أسباب بعد الولادة مثل التهاب السحايا الدماغي أو أي مرض من أمراض الطفولة كالتعرض لفيروس الحصبة أو النكاف والإصابة والحوادث التي تتعرض لها الأذن.

أعراض صعوبة السمع:

- استجابة الشخص للصوت غير ثابتة.
- تأخر الطفل في تطور اللغة والكلام.
- كلام الشخص غير واضح.
- يرفع الشخص صوت الراديو والتليفزيون.
- لا ينفذ الشخص التوجيهات.
- دائما يقول الشخص هاه عند سؤاله.
- لا يستجيب الشخص إذا نودي.
- يرفع صوت الشخص بدون مبرر.

أثر الضعف السمعي:

أ. تأثير الضعف السمعي على تطور اللغة والكلام:

1. **المفردات**: تتطور المفردات عند الأطفال الذين يعانون من الضعف السمعي بشكل أبطأ من المعدل الطبيعي، ونلاحظ أن تعلمهم الكلمات المادية مثل قطة ويقفز وخمسة وأحمر أسهل من تعلم الكلمات المجردة مثل قبل وبعد وغيره، ويظهر لدى هؤلاء الأطفال صعوبة في معرفة وظائف الكلمات مثل أدوات التعريف وفهم الكلمات متعددة المعاني.
2. **الجملة**: بعض هؤلاء الأطفال يفهمون ويتكلمون الجمل القصيرة سهلة التركيب، ويجدون صعوبة في الجمل المعقدة في تركيبها النحوي مثل المبني للمجهول، وكذلك سماع أو نطق أواخر الكلمات مما يؤدي إلى سوء الفهم وعدم وضوح الكلام.
3. **النطق**:

أ. يصعب على هؤلاء الأطفال سماع بعض الأصوات الساكنة مثل السين والشين والفاء والتاء والكاف، ولهذا لا تظهر هذه الأصوات في كلامهم مع صعوبة فهم ما يقولون وفهم ما يقوله الآخرون لهم، ولأنهم لا يسمعون أصواتهم بشكل واضح فقد يتكلمون بدرجة صوتية أو بسرعة أو بنبرة صوتية غير ملائمة.

ب. تأثير الضعف السمعي على الإنجاز الأكاديمي: يعاني هؤلاء الأطفال من صعوبات في التعليم بشكل عام وخاصة في القراءة، والفارق التعليمي بين ضعاف السمع وذوي السمع الطبيعي يتسع مع التقدم العلمي.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ج. تأثير الضعف السمعي على المهارة الاجتماعية: الأطفال ذو الضعف السمعي الشديد أو الكلي يشعرون بعزلة اجتماعية كبيرة مع محدودية أصدقائهم، أما الأطفال ذوو الضعف السمعي الطفيف والمتوسط والملحوظ فتظهر لديهم المشكلات الاجتماعية أكثر من الفئات التي تعاني من ضعف سمعي شديد.

د. تأثير درجة الضعف السمعي على استيعاب الكلام واحتياجات التعليم.

ه. تأثير الضعف السمعي على الاتصال بالآخرين:

1. فقدان السمع من 30 إلى 45 ديسبل. يتأثر انتباه الأطفال من هذه الفئة مع حدوث انفصال في البيئة نتيجة لعدم تمييز أصوات البيئة المحيطة بهم بوضوح أما اجتماعيا فيمكن لهؤلاء الأطفال التغلب على مشكلة التخاطب بمجرد اقترابهم من الشخص المتحدث أو باستخدام المعينات السمعية.
2. فقدان السمع من 45 إلى 65 ديسبل: يصبح تفاعل الأطفال الاجتماعي من هذه الفئة أكثر صعوبة، إذ يصعب استخدامهم للسمع لإدراك أصوات البيئة منكل الاتجاهات، فعلى سبيل المثال لو استخدم هؤلاء الأطفال المعين السمعي فإنهم يستطيعون متابعة حديث شخص واحد فقط ولكنهم لا يستطيعون متابعة حديث مجموعة من الأفراد.
3. فقدان السمع من 65 إلى 80 ديسبل: يصبح اتصال هؤلاء الأطفال الشخصي بالآخرين والبيئة صعباً، حيث يجب عليهم أن يعتمدوا على الوسائل الحسية الأخرى غير السمعية كالبصر واللمس.
4. فقدان السمع من 80 إلى 100 ديسبل: يصبح الأطفال من هذه الفئة معتمدين على البصر واللمس بصورة أكبر وعلى قراءة الشفاه للاتصال مع الأسوياء ومن الممكن أن يستفيدوا من المعين السمعي لإدراك الأصوات التالية:

أنواع الإعاقات السمعية:

1. **الإعاقة الطفيفة:** لا يستطيع الأطفال الذين يعانون من صعوبة سمع طفيفة من سماع الأصوات الخافتة أو البعيدة مع عدم وجود صعوبات في التعليم، ومن الضروري الانتباه إلى تطوير مفرداتهم وتوفير مقاعد وإضاءة جيدة في الفصول تساهم في تحسين التعلم، وقد يستفيد الأطفال من تعلم قراءة الشفاه وقد يحتاجون إلى تصحيح الكلام.
2. **الإعاقة المتوسطة:** يفهم الأطفال الذين يعانون من صعوبة سمع متوسطة أحاديث الآخرين عندما يكونون وجها لوجه وعلى مسافة قريبة تقدر بثلاثة إلى خمسة أقدام أما

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

إذا كان الكلام خافتا أو ليس في مستوى نظرهم فقد يفقدون 50٪ من فهم الحوار مع العلم أن مفرداتهم محدودة ومصاحبة باضطراب في كلامهم وإذا وجدت مدارس مختصة لهذه الفئة يفضل إلحاقهم بها لتتحقق الاستفادة من المعين السمعي، ولابد من الحصول على مقعد في مكان جيد في الفصل مع القيام بتدريبات خاصة لتطوير المفردات والقراءة وقراءة الشفاه.

3. **الإعاقة الملحوظة:** لابد أن نتحدث مع الأطفال من هذه الفئة بصوت مرتفع لكي يستوعبوه هؤلاء الأطفال يعلنون صعوبة واضحة في الكلام واللغة الاستقبالية والتعبيرية، مع العلم أن مفرداتهم محدودة ولابد أن يلحقوا بمدارس خاصة تتعامل مع هذا النوع من الضعف السمعي ليحصلوا على تدريبات خاصة لتحسين مهاراتهم اللغوية والقراءة والكتابة وقراءة الشفاه وتصحيح النطق.

4. **الإعاقة الشديدة:** يسمع الأطفال من هذه الفئة الأصوات العالية التي تبعد قدماً واحداً عنهم، وقد يتعرفون على أصوات البيئة من حولهم، ويميزون بعض أصوات العلة، فاللغة والكلام عندهم متأثرا بشكل كبير ولذلك فهم بحاجة إلى إلحاقهم بمدارس للصم مع التأكيد على تطوير مهارات اللغة والكلم وقراءة الشفاه والتدريب السمعي باستخدام المعين السمعي.

5. **الإعاقة التامة:** قد يسمع الأطفال من هذه الفئة بعض الأصوات العالية ولكنهم في الحقيقة يدركون اهتزاز الصوت أكثر من معرفته، ويعتمدون على قدراتهم البصرية عوضاً عن القدرات السمعية للتواصل مع الآخرين، وهذا النوع من الضعف يعد إعاقة حقيقية للغة وللكلام ولذلك فهم بحاجة إلى إلحاقهم بمدارس الصم التي تشمل برامجها تطوير مهارات اللغة وقراءة الشفاه والكلام وتدريبات التآزر بين الاتصال الشفهي والإشارة وتدريب السمع الجمعي أو الفردي.

العوامل التي تؤثر في نمو اللغة:

- العمر الذي حدث فيه ضعف السمع.
- نوع ضعف السمع.
- درجة ذكاء الطفل.
- التدريبات المنزلية المقدمة.
- العمر الذي بدأ عنده استخدام المعين السمعي.
- بداية برنامج التدريب ومدته.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

نظرة حديثة للعلاج السمعي – الشفهي بالدمج:

لم يحدث من قبل في تاريخ تعليم الأطفال المصابين بالإعاقة السمعية أن امتلك الأطفال مثل هذه القدرة على السمع، ولذلك يجب على المختصين العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية أن يعيدوا تقييم طرق تدريس اللغة والنطق على ضوء التقنية الحديثة، ونظراً لأن هذا النوع من العلاج يركز على مقدار السمع المتبقي لدى الطفل، فإنه يعتبر نقطة مثالية للتدخل المبكر.

ويركز هذا النوع من العلاج على العناصر التالية: التشخيص المبكر، استخدام أفضل طرق التأهيل السمعي (أجهزة السمع، زراعة قوقعة الأذن...) ومساعدة الآباء في توفير بيئة مناسبة للاستماع ويتوقع من خلال هذا العلاج أن يطور الطفل المصاب بالإعاقة السمعية القدرة على التحدث بالإضافة إلى دمجه في المدارس مع الأطفال ذوي السمع المعتاد، وبغض النظر عن مستوى الإعاقة السمعية (شديدة، أو خفية، أو متوسطة) فإنه يمكن للأطفال المصابين بالإعاقة السمعية أن يتحولوا إلى أشخاص ثقيلي السمع (بدلاً من صم) بحيث يندمجوا في المجتمع بالاعتماد على حاسة السمع المتبقية لديهم.

مع وجود التقنية الحديثة كأجهزة السمع القوية، أو القوقعة المزروعة في الأذن الداخلية، أصبح الأشخاص المصابون بالإعاقة السمعية أكثر قدرة على الاستفادة من كمية السمع المتبقية لديهم، ولذلك فإنه يجب أن يكون لدى غالبية الأطفال المصابين بالإعاقة السمعية فرصة لتعلم الإنصات، فاللغة المنطوقة هي عبارة عن حدث صوتي يتم تطويره من خلال استخدام حاسة السمع، ولذلك يجب على المختصين العاملين في مجال تأهيل الأطفال المصابين بالإعاقة السمعية أن يعملوا بالتركيز على تعليم الأطفال الإنصات، ليتم الانتفاع من كمية السمع المتبقية لأقصى حد ممكن، وباستخدام حاسة السمع المتبقية لديهم، يتعلم الأطفال اللغة المنطوقة بطريقة طبيعية وفعالة.

وهناك العديد من طرق تعليم النطق للأطفال ذوي الإعاقة السمعية التي تجاوزها الزمن بسبب استخدام التقنية الحديثة (كأجهزة السمع القوية، وزراعة القوقعة) وبسبب تطور طرق التدريس، حيث يجب أن لا يرتكز تعليم الأطفال الصم الآن على أساس النظريات التي كانت تطبق في الأمس، بل يجب أن ترتكز على أساس محاولة اندماجهم في المجتمع الذي يستخدم اللغة المنطوقة، وذلك باستخدام التقنية الحديثة، وطرق التدريس المتطورة.

وبناء على هذه النظرية الجديدة، يجب استخدام أفضل تقنيات تعزيز السمع (سواء أجهزة سمع أم زراعة القوقعة) بحيث يتم استخدام الجهاز طوال وقت استيقاظ الطفل، كما

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

يجب أن يبدأ تعليم الطفل اللغة فور تشخيصه، حيث من المفترض تشخيصه في فترات الطفولة المبكرة، كما يقوم الأخصائيون بتعليم الوالدين، الذين يعتبرون المعلمون الطبيعيون للطفل، على كيفية استخدام مهارة الإنصات لدى الطفل إلى أقصى حد ممكن، حيث يتم تعليم الوالدين على كيفية خلق بيئة مناسبة للإنصات والاستماع، عن طريق استخدام الأنشطة اليومية التي تجري في المنزل، حيث يتم استخدام كل ما يتعلق بالطفل وبحياته اليومية كفرصة لتعليم الإنصات.

كما يتم التحدث إلى الطفل بصوت عادي، غير مرتفع وبدلاً من تعليم الطفل أصوات منفصلة، يتم تعليم اللغة عن طريق الاعتماد على الإنصات إلى الكلام بشكل تدريجي، مع تشجيع الطفل في كل مرحلة من مراحل التأهيل السمعي، وإذا كانت هناك أصوات صعبة تحتاج إلى أن يتم تدريسها بشكل منفصل، فإنه يمكن تعليمها من خلال السمع وبعد وضعها ضمن سياق مناسب ذي معنى كما يحتاج الأخصائي إلى أن يكون على دراية تامة بعلم صوتيات اللغة Acoustics من أجل استخدامها في التعليم.

والاتجاه السمعي – الشفهي يقوم بتبني كل هذه المفاهيم، حيث يركز على الإنصات الذي يؤدي إلى النمو الطبيعي للغة والنطق، ولذلك فإن العلاج السمعي – الشفهي يعتبر الطريقة المثلى للتدريس التي يجب استخدامها مع تقنية أجهزة السمع الحديثة.

ولذلك فإنه يجب على الأخصائيين العاملين مع هؤلاء الأطفال أن يقوموا بإعادة تقييم طرق التدريس الحديثة من أجل استخدام التقنية الحديثة في عملية تعليم اللغة للأطفال، فأجهزة السمع الحديثة وعملية زراعة القوقعة توفر للطفل إمكانية السماع، ولكن استخدام هذا السمع من عدمه يعتمد على العلاج الذي يتلقاه الطفل بعد تزويده بجهاز السمع، فتعليم الإنصات للطفل (وهو مختلف عن السمع، فقد نسمع محادثة ولكننا لا ننصت إليها) ضروري جداً حيث يتعلم الأطفال الكثير من اللغة عن طريق الإنصات إلى حديث الآخرين.

أثر الدمج على العلاج السمعي – الشفهي:

يتم تطوير اللغة المنطوقة، في هذا النوع من العلاج، عن طريق الإنصات حيث يتم تزويد الأطفال بأفضل أجهزة السمع المتوفرة حال تشخيص الإعاقة السمعية، كما يتم تعليم الوالدين كيفية خلق بيئة مناسبة لتعليم طفلهم مهارة الإنصات، وتعويده على معالجة اللغة المسموعة والتحدث.

والعلاج السمعي الشفهي مبني على مبادئ واضحة ومنطقية فالهدف هو أن ينشأ الطفل المصاب بالإعاقة السمعية في بيئة تعليمية معتادة، سواء في البيت أم في المدرسة، وأن

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

يصبح مواطنا مستقلا بذاته ويشارك بفعالية في خدمة مجتمعه، كما يوفر العلاج السمعي – الشفهي للأطفال خيار استخدام حاسة السمع المتبقية لديهم، مهما كانت ضئيلة، من أجل تطوير القدرة على الإنصات واستخدام التواصل الشفهي داخل نطاق عوائلهم، وفي المجتمع بشكل عام ويجب ملاحظة أن هذه الطريقة تفترض وجود تأهيل سمعي مكثف حسب بروتوكول الجمعية الدولية للعلاج السمعي – الشفهي AVI.

أسباب تعزيز عملية الإنصات:

بما أن الكلام عبارة عن مجموعة من الإشارات الصوتية التي يكون الإنصات أفضل طريقة لتعلمها، فإن تعزيز عملية الإنصات يؤدي إلى تعلم اللغة والنطق (الكلام) بطريقة طبيعية حيث إن التركيز على السمع يسمح للأطفال ذوي الصعوبات السمعية باكتساب ثقة أكبر في عالم الإنصات كما يمكنهم من التعلم عن طريق سماع محادثات الآخرين أيضاً كما أن ذلك يعمل على تعزيز المراقبة السمعية الذاتية لكلام الشخص مما يؤدي إلى تحسين جودة الصوت لديه.

ولكي يتمكن هؤلاء الأطفال من الأداء بشكل جيد في الأماكن ذات الأحوال الصوتية السيئة التي تكثر فيها الضوضاء، مثل الفصول الدراسية، يستخدم هؤلاء الأطفال حاسة السمع لديهم بالإضافة إلى عملية قراءة الشفاه، وهو الشيء الذي يفعله الأطفال ذوي السمع الطبيعي كذلك، كما أن استخدام العلاج السمعي – الشفهي ووحدة FM Unit (عبارة عن جهاز سمع شخصي يحتوي على ميكروفون بعيد يوضع قرب مصدر الصوت، كأن يضعه المدرس في رقبته، وعلى جهاز استقبال يربطه الطفل بجهاز السمع لديه)، بالإضافة إلى التركيز على الإنصات والاستماع يساعد على توظيف كل من حاستي السمع والبصر في الأجواء التي يوجد بها ضوضاء، كما أن الأطفال يتعلمون قراءة الشفاه بشكل طبيعي حينما يواجهون ذلك في المواقف الاعتيادية وبشكل طبيعي.

الدلائل التي تؤيد استخدام العلاج السمعي – الشفهي:

غالبية الأطفال ذوي الإعاقة السمعية لديهم مقدار متبقي من السمع، وهي حقيقة معروفة منذ عشرات السنين.

حينما يتم تزويدهم بأجهزة سمع مناسبة، فإن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية يصبحوا قادرين على سماع معظم، إن لم يكن كل، الطيف الصوتي (مجموعة الأصوات والذبذبات التي تحدث فيها هذه الأصوات).

حينما يتم استخدام السمع المتبقي من خلال تقنية تعزيز الصوت (أجهزة السمع التي توضع على الأذنين، القوالب التي توضع في الأذن والتي تكون مناسبة من الناحية السمعية،

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وحدات FM قوقعة الأذن المزروعة) من أجل توفير أكبر فرصة لالتقاط الطيف الصوتي، سيتمكن الطفل من تطوير لغته بشكل طبيعي من خلال الاعتماد على استخدام السمع، ولذلك فإن الطفل ذا الإعاقة السمعية لا يلزم بالضرورة أن يعتمد على حاسة البصر فقط في تعلمه اللغة، فحاسة السمع، بدلاً من كونها أداة سلبية لاستقبال المعلومات فقط، يمكن أن تكون العامل النشط الذي يساعد في عملية النمو الذهني.

من أجل الانتفاع من قنوات الحركة والهامة في النمو اللغوي والعصبي، فإنه يجب اكتشاف الإعاقة السمعية في أقرب وقت ممكن، كما يجب استخدام التقنية الطبية وتقنيات تعزيز السمع، في أسرع وقت ممكن.

حينما لا يتم استثارة حاسة السمع خلال السنوات الحرجة لتعلم اللغة، فإن قدرة الطفل على استخدام ما يسمعه من أصوات وتفسيرها ستتدهور بسبب عوامل فيزيولوجية (مثل تدهور الطرق المؤدية إلى نقل الصوت داخل الجهاز العصبي)، ونفسية (الانتباه، الممارسة، التعلم).

تقدم المعلومات المتوفرة حالياً حول النمو الطبيعي للغة هيكلاً عاماً يعمل على تبرير استخدام العلاج السمعي – الشفهي حيث يتعلم الأطفال اللغة بشكل أكثر فاعلية من خلال التفاعل المستمر واليومي مع البيئة التي يعيشون بها ومع الأشخاص الهامين في حياتهم، حينما تتطور اللغة الشفهية من خلال الاستقبال السمعي للمعلومات، يمكن أن تتطور مهارات استيعاب القراءة.

في حالة استخدام العلاج السمعي – الشفهي لا يضطر الوالدين إلى تعلم لغة الإشارة أو أية لغة رمزية أخرى، وفي الحقيقة فإن 90٪ من والدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية هم من ذوي السمع المعتاد، والذين لا يتعدى مستوى لغة الإشارة عندهم مستوى ما قبل الابتدائي كما أن التدريب السمعي الشفهي يتطلب مشاركة الوالدين في التواصل مع طفلهم من خلال اللغة المنطوقة، وأن يعملوا على خلق بيئة تساعد على تشجي الإنصات وتساند الطفل خلال عملية التعليم.

إذا كانت الإعاقة السمعية الشديدة أو شبه التامة تجعل من الشخص مختلفا عن الآخرين من الناحية العصبية والوظيفية كما يقترح بعض الباحثين، فإن العلاج السمعي – الشفهي لن يجد ولكن كشفت كثير من الدراسات أن الأشخاص الذين تلقوا علاجاً، منذ فترات الطفولة المبكرة، يركز على استخدام السمع المتبقي بشكل فعال، يحققون استقلالية ذاتية، ويطورون قدرة على التحدث والمشاركة الفعالة في مجتمعاتهم.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

دور أخصائي العلاج السمعي – الشفهي:

أخصائي العلاج السمعي – الشفهي هو شخص متخصص قد حصل على تدريب في واحد أو أكثر من العلوم التالية: علاج اللغة والنطق، السمعيات، أو تعليم الصم، ويقوم الأخصائي بالتوصية باستخدام طريقة العلاج السمعي الشفهي كخيار أول لتنمية اللغة، والنطق، والبرنامج التعليمي للأطفال من ذوي الإعاقة السمعية. ويقوم هؤلاء الأخصائيون باستغلال أية فرصة من فرص استخدام السمع في الحياة اليومية لتشجيع وتطوير استخدام الكلام عند التواصل، وتحسين فهم اللغة المنطوقة، كما أن لديهم خبرة في مجال استخدام التعزيز الصوتي لأصوات الكلام ونظم اللغة من أجل تعزيز نمو الجانب اللفظي عند الطفل، والمبدأ الرئيسي الذي يتم تطبيقه من قبل أخصائي العلاج السمعي – الشفهي هو أن جميع القرارات المتعلقة بالعلاج والتعليم تؤدي إلى أكبر قدر من المشاركة في نطاق المجتمع السمعي – الشفهي (في مقابل المجتمع الذي يعتمد على لغة الإشارة كمصدر أساسي للتخاطب).

أهمية مشاركة الوالدين:

تعتبر مشاركة الوالدين من الأسس الهامة للعلاج السمعي الشفهي، حيث يقوم هذا الاتجاه على اعتناق فكرة أن أفضل وأيسر طريقة لتعليم اللغة للأطفال هي عن طريق مشاركة هؤلاء الأطفال والديهم في التواصل بأسلوب ميسر، واضح ومكثف، مع وجود دعم كبير من الوالدين، أو من يقوم بتقديم الرعاية، ولذلك يجب على الوالدين أن يراقبوا ويشاركوا أثناء جلسات العلاج السمعي الشفهي وأن يحاولوا التدريب على:

- عرض بعض طرق تشجيع الطفل على تنمية اللغة، والكلام، والإدراك، وأنشطة التواصل في البيت.
- وضع خطط لدمج الإنصات، والكلام، واللغة، والإدراك، والتخاطب ضمن الأنشطة والخبرات اليومية.
- المساهمة في عملية العلاج كشركاء للأخصائي.
- أخبار الأخصائي بقدرات طفلهم، والأنشطة التي يجب القيام بها.
- تفسير بعض محاولات التواصل الأولى التي يقوم بها الطفل.
- تطوير طرق مناسبة لتعديل سلوك الطفل.
- تسجيل ومناقشة تطور وتقدم الطفل في العلاج.
- فهم الأهداف قصيرة وطويلة المدى.
- تنمية الثقة عند التفاعل مع الطفل.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- القيام باتخاذ قرارات مبنية على أسس واضحة ومفهومة.
- محاولة نشر الوعي والمطالبة بحقوق أبنائهم واحتياجاتهم.

العوامل التي تؤثر في تقدم الطفل:

يختلف نمو التواصل من طفل لآخر ويعتمد تقدم الطفل على عدد من العوامل:

- مدى مشاركة العائلة.
- متى تم تشخيص الإعاقة السمعية.
- سبب الإعاقة السمعية.
- درجة الإعاقة السمعية.
- مدى فاعلية أجهزة تعزيز الصوت (أجهزة السمع، أو القوقعة المزروعة).
- مدى فاعلية التدخل السمعي.
- القدرة المتبقية للسمع لدى الطفل.
- الحالة الصحية للطفل.
- الحالة العاطفية للعائلة.
- مدى مهارة الأخصائي.
- مهارة الوالدين أو من يقوم بالرعاية.
- مدى ذكاء الطفل.
- أسلوب التعلم عند الطفل.

جلسات العلاج السمعي – الشفهي:

عادة تغطي جلسات العلاج السمعي – الشفهي النواحي الأربع التالية: السمع: اللغة، الكلام، والإدراك وقد تستمر من ساعة إلى ساعة ونصف، حيث يجب على أحد الوالدين أو كلاهما أو من يقوم بالرعاية أن يشاركوا دائما في هذه الجلسات.

وخلال جلسة العلاج السمعي – الشفهي النموذجية، يقوم الأخصائي بتقديم وعرض أمثلة للوالدين والطفل حول كيفية تطبيق بعض الأنشطة التي تقوم بتعزيز أهداف معينة، مع شرح الطرق المتعددة التي يمكن من خلالها تنفيذ هذه الأنشطة في المنزل، ثم يقوم الأخصائي مباشرة بجعل الوالدة تقوم بتنفيذ مهمة معينة حتى تحصل على خبرة عملية قبل تعزيز الأهداف في المنزل.

ولذلك فإن عيادة العلاج السمعي – الشفهي تحتوي على لعب وأشياء كثيرة مما يمكن وجودها في منزل عادي، بالإضافة إلى لعب مصغرة وأشياء شبيهة بمواد حقيقية، حيث

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

تساعد هذه اللعب الوالدين في سهولة نقل الأنشطة إلى المنزل، كما يتم تقديم اقتراحات عديدة من أجل زيادة فرص استثارة اللغة داخل المنزل، حيث يوضح الأخصائي للوالدين كيف أن الأطفال يتعلمون بطريقة أسهل وأسرع حينما يتم إشراكهم في أنشطة مرحة ومفيدة مع شخص قريب منهم، كما يتم تشجيع مشاركة باقي أفراد العائلة، والأصدقاء، والجد والجدة في بعض جلسات العلاج، كما أن زيارة بيت الطفل، أو حضانته أو روضته وتقديم دعوات للمدرسين بحضور ومراقبة جلسات العلاج، تؤدي إلى تسهيل نقل أهداف العلاج وتعزيز فرصة تعميمها في بيئات أخرى.

ومن الضروري بالنسبة للوالدين والطفل أن يشعروا بتحقيق بعض النجاح، فكلما زاد مستوى الإعاقة السمعية، كلما زادت حاجة الأخصائي إلى تزويد الوالدين بتركيبة معينة من الأهداف ليتم دمجها ضمن الأنشطة والألعاب التي يقوم بها الطفل كما أن إرشاد الوالدين حول كيفية وضع أهداف أسبوعية ومعرفة المراحل القادمة يساعدهم على تطوير مهارات طفلهم عن طريق القيام بأنشطة تكون ضمن مستوى معقول من الصعوبة، ويتم تخطيط جلسات العلاج على أساس المجالات الأربعة المذكورة آنفاً وهي: السمع، اللغة، الكلام، الإدراك، مع استخدام عدة أنشطة تشمل أكثر من مجال واحد في الوقت نفسه.

تطوير مهارات السمع:

تعتبر هذه المجالات هي الأهم والتي يجب أن تحظى بعناية شديدة، حيث تتطور كل المهارات اللغوية الأخرى بناء على السمع، وحينما تبدأ عملية التدخل فإنها تغطي أولى مراحل السمع.

مراحل المهارات السمعية:

وتشمل أربع مراحل: التقاط الصوت، التمييز، التحديد (التعريف)، والاستيعاب.. وبالنسبة للطفل الصغير، فإن المهارات الاجتماعية مثل النظر إلى العينين، والتقليد، واللعب تتطور جنبا إلى جنب مع مهارات الاستماع. ولذلك فإن هدف أخصائي العلاج السمعي – الشفهي هي الانتقال من مرحلة التقاط الصوت إلى مرحلة الاستيعاب في أسرع وقت ممكن، ويمكن تقسيم نمو المهارات السمعية إلى ثلاث مناطق يجب التركيز عليها في نفس الوقت:

1. تحديد الفونيم (الصوت الذي يتكون من مجموعة الكلمات) الموجود في المقاطع.
2. تحديد الكلمات داخل الجملة.
3. الذاكرة السمعية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ويمكن تعزيز السمع، باستخدام العلاج السمعي – الشفهي، من خلال التدريب على استخدام إشارات اليد التي تساعد الطفل على التركيز على الإنصات ويفضل كذلك استخدام طرق أخرى مثل فاعلية مثل الجلوس بجانب الطفل بدلاً من أمامه.

ومن أجل تعزيز قدرة الطفل على الاستماع، فإنه يجب استخدام تقنيات تعزيز الصوتيات، والتي تشمل استخدام تكرار الكلمات، تغيير سرعة الحديث، والنبرة، والإيقاع، وكذلك استخدام 'التعزيز' الصوتي بالنسبة لمبتدئي الاستماع.

خلق بيئة مناسبة للإنصات:

ويعتبر ذلك من الأمور الهامة التي تساعد على تعليم الإنصات في المنزل، ويشمل ذلك:

- الاقتراب من ميكرفون جهاز السمع من جهة الأذن الأفضل سمعاً، أو الاقتراب من ميكرفون القوقعة المزروعة.
- الجلوس بجانب الطفل والتركيز على الأشياء التي يتم وضعها أمام الطفل ووالدته.
- التقليل من الضوضاء المحيطة إلى أدنى حد ممكن.
- استخدام اللغة المنطوقة الغنية بالصفات فوق الصوتية (مثل تغيير نبرة الصوت، وإبطاء إيقاع الكلمات، ونطق الكلمات الهامة بشكل أوضح من غيرها)، مع زيادة التكرار، والتركيز في البداية على الكلمات الغنية بأحرف العلة والمد (المد بالألف والياء والواو) التي تقع في مجال الذبذبات المنخفضة والمتوسطة التي تعتبر أسهل للسمع، مع استخدام جمل بسيطة وذات معنى تتكون من كلمتين إلى ثلاث.
- التلميح للطفل بأن يستمع وذلك بالإشارة إلى الأذن من أجل تنبيه الطفل للاستماع إلى الرسالة الصوتية وغيرها من الأصوات الموجودة في البيئة المحيطة (مثل الطرق على الباب، رنين الهاتف،...) مع ضرورة ملاحظة سلوك الطفل وطريقة إنصاته (مثل التوقف عن الحركة، أو النظر إلى الشيء المتحدث عنه أو النظر إلى الشخص، أو محاولة تقليد الصوت، أو أي سلوك يدل على الإنصات من خلال لغة الجسم).
- محاولة إتباع اهتمامات الطفل من حيث عمره ومرحلة النمو الخاصة به، وذلك باختيار الأنشطة التي تحتوي على الأهداف المطلوبة.
- تعزيز التوقع بأن تقنيات العلاج السمعي الشفهي ستؤدي بالطفل إلى أن يتعلم الإنصات.

أثناء استخدام العلاج السمعي – الشفهي يتم بناء اللغة والإدراك العقلي معاً وذلك باستخدام القدرات العقلية من أجل نمو اللغة، ويتم تدريس المهارات اللغوية والعقلية بإتباع الترتيب الطبيعي لنمو هذه المهارات.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وقدرة الأطفال على تعلم اللغة تفوق قدرة الكبار على تدريسها ولـذلك فـإن تعلـم اللغة يجب أن يكون جزءا رئيسيا من الأنشطة اليومية ولا يفضل أن يقوم الوالـد أو الوالـدة بتحضيرها مسبقا ولكن بالنسبة للأطفال الذين يعانون من فقدان كبير لحاسـة السـمع، فإنـه من الضروري وجود أهداف معدة بشكل جيد ومبنية بشكل جيد ليتم استخدامها أثناء اللب الطبيعي. ويعتبر المنزل مكانا مثاليا لتعلم اللغة، وكلما كانت طريقـة التعلـيم طبيعيـة، كلمـا كانت اللغة طبيعية كذلك، وفي السنوات الأولى من نمو الطفل فإنه يمكـن اسـتخدام التعلـيم الرسمي وغير الرسمي (العفوي)، ولا يعني التعليم العفوي عدم وجود بنية أثناء التـدريس، ويقوم العلاج السمعي – الشفهي بإتبـاع وجهـة النظـر الـتي تقـول بأنـه يجـب تعلـم اللغـة باستخدام مبادئ "اللغة الكلية Whole language" (إحدى نظريات تعلم اللغة لدى الأطفال، والتي تؤمن بأن اللغة يجب أن تتعلم بشكل كلي، أي ليس باستخدام كلمات معينة أو أحرف يتعلمها الطفل، وإنما من خلال اللغة ككل، وتركز بالتالي على اسـتخدام قـصص الأطفـال مثلاً لتشجيع النمو اللغوي، المترجم)، وهي:

- يجب إتباع النمو الطبيعي والمعتاد للطفل.
- يجب إدراك أن اللغة جزء من ذلك النمو الكلي.
- يجب إدراك أن اللغة إنما وجدت أساسا كأداة للتواصل.
- يجب إدراك أن أفضل وسيلة لتعلم اللغة إنما تتم من خلال التواصل.
- التركيز على مساعدة الأطفال على البحث بشكل حثيث عن المعنى من خلال الحوار.
- التركيز على مساعدة الأطفال على تعلم اللغة المنطوقـة مـن خـلال تـشجيعهم علـى استخدامها.
- جعل اللغة المنطوقة جزءاً من كل الأنشطة التي يقوم بها الطفل.
- بناء القراءة والكتابة على أساس اللغة المنطوقة وليس العكس.
- تشجيع اللغة من خلال جميع الأنشطة اليومية.

لا يجب أن تعرض اللغة في أشكال محدودة وغير طبيعيـة، والأطفـال مهيئـون بـشكل طبيعي ومن خلال تركيبتهم البيولوجية على استكـشاف وفهـم العـالم المحيط بهـم، ويمكـن للكبار أن يسهلوا من هذه المهمة بتزويد الأطفال بالطرق التي تسمح لهـم بـالنظر إلى أنشطة الحياة اليومية نظرة واعية تسمح لهـم بفهمهـا، وبتجنـب أي انحـراف عنهـا، وأنـشطة الحيـاة اليومية وخاصة في الفترات الأولى من عمر الطفل تقع تحت المواضيع التاليـة: أنـشطة البقـاء والحياة (مثل الطعام، الجو الدافئ، الذهاب إلى المرحاض)، والتجهيز لحياة الكبـار المـستقبلية (تمثيل الأنشطة التي يقوم بها الكبار تجهيزاً للقيام بها فيمـا بعـد)، وهـذه التمـارين المتكـررة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

واليومية تقدم السياق الواضح الذين يتم تطوير المهارات الاجتماعية، والشخصية، ومهارات التواصل على أساسه.

تهيئة الطفل ذو الإعاقة السمعية لعملية الدمج:

يمكن ربط اللغة المنطوقة مع أي نشاط يقوم به الطفل، ولكن لتكون تلك اللغة ذات معنى يجب أن تستخدم تحت ظروف تسمح بأن يتم استيعابها بشكل فعال، فبالإضافة إلى ضمان أن أجهزة السمع المستخدمة مناسبة للطفل، وتعمل بشكل جيد، وتستخدم طوال اليوم، يمكن للوالدين أن يضيفوا الكثير من خلال تعلم الأمور التالية:

- أن يتحدثوا بوضوح وبسرعة معادلة لسرعة المحادثة الطبيعية ومن مسافة قريبة.
- أن يتحدوا الأمور اليومية التي تحدث بشكل متكرر.
- أن يتحدثوا حول الأهداف والأحداث التي لها علاقة بالخبرات المشتركة بينهم وبين الطفل.
- أن يحاولوا تحقيق أفضل مستوى من الاستيعاب والفهم، حتى في المراحل الأولى.
- أن يوفروا سياقاً مناسباً ودائما لتسهيل فهم التواصل.
- أن يستخدموا نبرة الصوت لتحديد العلاقات المعنوية في الجملة (أي تحديد الفاعل أو المفعول به أو الفعل الرئيسي).
- استخدام السمع مع استبعاد قراءة الشفاه، عوضاً أن يوجهوا نظر الطفل إليهم.
- التحدث من خلال جمل كاملة.
- إتباع ما يجذب انتباه طفلهم، بدلاً من إجبار الطفل على إتباع ما يريده الوالدين.
- السماح بوجود وقت كاف للطفل حتى يستجيب.
- استخدام الكلام قبل لغة الجسم مباشرة، وليس العكس.
- تحويل المسئولية المتعلقة بفهم الكلام إلى الطفل حينما يبدأ في الكبر.
- يجب أن يقبل الوالدين أنهم يتحملون المسئولية الرئيسة نحو تحقيق الطفل الكفاءة في عملية التواصل.

تدريب المدمجين على مهارات التحدث:

يتضمن العلاج السمعي الشفهي الفرضية التي تقول بأن العديد من مهارات التحدث سوف يتم تعلمها بشكل آلي ومن خلال الإنصات، وإذا أخفق الطفل ذو الإعاقة السمعية في اكتساب صوت معين من أصوات اللغة وفي مرحلة من عمره السمعي (الذي يحسب من تاريخ وضع أجهزة السمع على أذنيه، أو من تاريخ تشغيل قوقعه الأذن) يفترض فيه أنه

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

قادر على إصدار هذا الصوت، فإنه قد يكون من الضروري البدء بالتدخل المباشر، ولكن قبل هذه المرحلة ليس هناك حاجة لأي نوع من التدخل فيما عدا إغراق الطفل بالاستثارات الصوتية التي تكون في سياق مناسب، ولكن حينما تكون هناك حاجة للتدخل، يمكن تطبيق الطرق التالية:

- قم بتدريس النطق على شكل أجزاء قصيرة وقم مباشرة بوضع الصوت الجديد الذي تدرسه في سياق لغوي مناسب.
- استخدم أية حواس أخرى قد تساعد في الحصول على الصوت المطلوب (كاللمس والرؤية)، ثم ضع هذا الصوت مباشرة في سياق مناسب ودرب الطفل عليه.
- في المحاولة القادمة حاول الحصول على الصوت عن طريق الإنصات فقط.
- حاول المزج بين إتباع التسلسل الطبيعي لاكتساب الأصوات بالإضافة إلى توصيات دانيل لينج Ling Daniel حول علاج النطق.
- حاول تنويع الاتجاه الذي تسلكه من أجل تطوير النطق التلقائي عند الطفل، فإذا كان الصوت يحدث بصورة تلقائية عند الطفل، حاول تشجيعه والتقدم إلى أهداف أخرى.
- استخدم الموسيقى والغناء للمساعدة في تغيير إيقاع وذبذبة الصوت، ولتعزيز التحكم في النبرة، ولتطوير التحكم في النفس، فاستخدام الغناء يعتبر جزءاً أساسيا في عملية منع مشكلات النطق.
- استخدام طريقة التقييم المستمر.
- استخدم التدريس التشخيصي المستمر، فمثلاً تدهور الأصوات عند النطق قد تعني أن الخريطة Map الجديدة (الخاصة ببرمجة قوقعة الأذن المزروعة) تحتاج إلى أن يعاد برمجتها، كما أن المشاكل المتعلقة بأصوات معينة قد تعني وجود مشكلات في العديد من اللواقط الإلكترونية electrodes الخاصة بالقوقعة المزروعة.
- الأصوات التي تقع في الذبذبات العالية سوف تكون من أسهل الأصوات التقاطاً في حالة القوقعة المزروعة، ولذلك يجب أن يتم تعديل التوقعات على أساس ذلك، مع الأخذ بعين الاعتبار التسلسل المعتاد في تطور الأصوات.

مفاهيم خاطئة تشيع أثناء استخدام العلاج السمعي الشفهي:

الاستخدام غير الدقيق لمصطلح العلاج السمعي الشفهي من قبل بعض الأخصائيين، ويقع ذلك في الأحوال التالية:

- حين يخفق الأخصائيون في علاج الطفل بمشاركة تامة من الوالدين.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- حينما يغطون أفواههم عند التحدث إلى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من غير التأكد مما إذا كان الطفل قادراً على التقاط العناصر الهامة من الحدث الصوتي.
- عدم قيامهم بالنظر في إمكانية تحويل الطفل إلى أخصائي آخر للحصول على تقييم لإمكانية وضع قوقعة صناعية (بموافقة الوالدين) حينما لا يستطيع الطفل التقاط كل مكونات أصوات الكلام.
- حينما لا يستطيعون فهم كيفية اختيار أجهزة السمع، أو لا يستطيعون من خلال قراءة مقياس درجة السمع audiogram المساعد (أي نتيجة السمع بعد وضع أجهزة السمع) تحديد فيما إذا كانت هناك مستويات معقولة من تكبير الصوت.
- التركيز بشكل كبير على المفردات المكونة من كلمة واحدة والتي تأتي رداً على الاستخدام المتكرر لبعض الأسئلة (ما هذا؟ ما هذا اللون؟ بدلاً من تشجيع استخدام الأشكال اللغوية المتصلة وذات المعنى والتي تتعلق باهتمامات الطفل.
- حينما يفضلون استخدام التمارين الرسمية العقيمة (مثل: ضع الدائرة الصفراء الصغيرة فوق المربع الأخضر الكبير) لتطوير الذاكرة السمعية – الشفهية متعددة العناصر، بينما كان بالإمكان استخدام تمارين غير رسمية طبيعية وبصورة غير مملة (مثلا: ضع الحذاء الأحمر الكبير على قدم الرضيع؟).
- حينما يعتقدون أن حذف وتشويه بعض الأصوات أثناء الحديث وفي اللغة المنطوقة، الناجم عن مشكلات في الإدراك الحسي المتعلقة بالإعاقة السمعية، إنما هي عمليات فونولوجية (متعلقة بنظام الأصوات) يمكن معالجتها بشكل أفضل باستخدام الإجراءات التي تستخدم مع الأطفال ذوي السمع المعتاد.
- حينما يعتقدون أن تقنيات علاج النطق التقليدي فعالة مع هؤلاء الأطفال.
- حينما يخفقون في تنفيذ التقييم المنتظم والمستمر والموضوعي لتحديد مدى فاعلية جهودهم.
- حينما يخفقون في استخدام التقييم الموضوعي لضمان استخدام التدخل الشفهي الفعال، ويخفقون في تحويل الطفل إلى برنامج بديل.
- حينما يدعون أخطاء النطق تستمر وتصبح كالعادة بينما كان يمكن تجنب ذلك باستخدام طرق تعتمد على تغيير كيفية عرض الأصوات باستخدام أحاسيس مختلفة، بحجة أن هذه الطرق ليست سمعية – شفهية.
- يعتبر العلاج السمعي الشفهي مناسبة لغالبية الأطفال ذوي الإعاقة السمعية وعائلاتهم، ولكن قد يتضح من خلال التقييم المستمر أن الطفل قد لا يملك القدرات السمعية المطلوبة وأنه قد يستفيد من زراعة القوقعة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- العلاج السمعي الشفهي لا يعتبر جزءاً من نظام كلي يقع تحت مسمى التواصل الكلي total communication حيث أنه لا يصبح سمعيا شفهيا إلا إذا كان أحد الوالدين متواجداً وتم تدريبه على كيفية استخدام مبادئ العلاج السمعي الشفهي.

ملاحظة: بالنسبة لفئة قليلة من الأطفال، فإن العلاج السمعي الشفهي قد لا يكون مناسباً، ولذلك يقترح إضافة لغة الإشارة أو استخدام طرق الإشارة الأخرى.

استثناءات من أجل كيفية ممارسة الطفل للتواصل:

لعل من بين الاختلافات الرئيسة بين مختلف البرامج التي تقدم للأطفال ذوي الإعاقة السمعية هو التوقعات أو الآمال الموضوعة، حيث لا يتم التركيز على ما يستطيع الطفل فعله، بل على اعتقاد الناس حول مدى استطاعة هذا الطفل على القيام بما يريدونه له، ولذلك فإن هدف العلاج السمعي الشفهي هو دمج هؤلاء الأطفال في التعليم العام.

وفي الوقت الحالي يمكن تقسيم الأطفال ذوي الإعاقة السمعية إلى مجموعتين رئيسيتين:

الأطفال الذين يعتبرون ثقيلي السمع من الناحية الوظيفية: وهم الذين يتعلمون اللغة بواسطة السمع ويعالجون اللغة سمعياً بغض النظر عن مدى فقدان السمع.

الأطفال الذين يعتبرون صم من الناحية الوظيفية: وهم الذين يتعلمون اللغة من خلال التركيز على حاسة النظر، ويتلقون المعلومات من البيئة المحيطة بهم بشكل رئيس عن طريق النظر.

ومع تقدم تقنيات السمع، والتشخيص المبكر، وكثرة المعلومات المتوفرة لدى الأخصائيين والآباء، فإن الهدف الأول، وهو أن يصبحوا الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من ذوي السمع الثقيل أصبح في الإمكان تحقيقه، ولذلك فإن من بين الأهداف الرئيسة للأخصائيين هي تشجيع الوالدين والأشخاص الآخرين المحيطين بالطفل على استخدام مبادئ العلاج السمعي الشفهي، فبواسطة هذه الطريقة سيمتلك الأطفال من ذوي الإعاقة السمعية فرصة كبيرة لاكتساب اللغة المنطوقة واستخدام الإمكانيات الموجودة لديهم إلى أقصى حد ممكن.

التقييم السمعي:

إجراءات التقييم السمعي الموصى بها هي للاستخدام مع الأطفال من أجل ضمان التوظيف الأقصى للسمع المتبقي لديهم، والذي يمكن تحقيقه باستخدام العلاج السمعي الشفهي، ولذلك فإنه يتطلب دائما إجراء سلسلة من اختبارات السمع، حيث إن إجراء نوع واحد من الاختبارات السمعية لا يوفر نتائج يمكن الثقة بها مطلقاً ولذلك فإنه من الأفضل

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

أن يحتوي كل برنامج للتأهيل السمعي على خدمات سمعية متوفرة في نفس المكان، ولكن سواء أمكن ذلك أم لا فإنه من المهم وجود تعاون وثيق بين أخصائي السمع وأخصائي العلاج السمعي الشفهي كما يجب أن يشارك الآباء في كل إجراءات التقييم.

الإجراءات على حسب عمر الطفل:

ملاحظة: ينصح بشدة إتباع الإجراءات الثلاث الأولى في جميع أنواع التقييم السمعي، بغض النظر عن عمر الطفل وهي:

تاريخ الحالة:

تقرير عن ملاحظات الوالدين.

فحص الأذن باستخدام منظار الأذن:

الفحص باستخدام الانبعاث الصوتي acoustic immittance جهاز قياس طبلة الأذن والأذن الوسطى tympanometry قياس التوافق الصوتي static compliance الانعكاسات اللاإرادية الصوتية acoustic reflexes تغير الاستجابة بتغير المسافة gradient.

ويجب توخي الحذر عند تفسير النتائج، كما قد يكون من الضروري استخدام نغمات متعددة للفحص حينما يكون عمر الطفل أقل من 6 أشهر.

صفر – 6 أشهر:

- قياس السمع المبني على الملاحظة السلوكية.
- التقاط الصوت/ الوعي بوجود أصوات ونغمات متغيرة في الحقل الصوتي/ أو من خلال سماعات الأذن headphones.
- رد فعل مفاجئ داخل الحقل الصوتي، من خلال سماعات الأذن، أو عن طريق انتقال الصوت عن طريق العظم.
- تفسير السلوك السمعي، سواء الناجم عن رد فعل انعكاسي، أو عن وعي دقيق auditory brainstem response ABR الاستجابة السمعية الصادرة من أحد مكونات الجهاز العصبي المركزي وهو brainstem.

ملاحظة: يجب أن لا يتم استخدام الـABR لوحده أثناء عملية التشخيص، لأنه قد يتأثر بحسب الحالة السمعية والعصبية، فعدم وجود استجابة عند إجراء الـABR لا تعني بالضرورة عدم وجود سمع متبقي، حيث إنه يقيس بشكل رئيسي حساسية السمع في الذبذبات الوسطى إلى العالية.

كما ينصح باستخدام وسائل تكبير الصوت والتعليم السمع كخيار أولي إلا إذا أكدت نتائج فحص الأشعة المقطعية Ct scan، أو فحص الـMRI عدم وجود قوقعة الأذن

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

(الأذن الداخلية) كما يجب استخدام الفحص السلوكي، ووسائل تكبير الصوت، والعلاج السمعي قبل اتخاذ أي قرار بعدم وجود سمع متبقي لدى الطفل.

6 أشهر – ستتين:

فحص السمع السلوكي: حيث يتم استخدام فحص السمع مع وجود مكافأة بصرية (مثل لعبة تظهر للطفل حينما يلتفت للصوت أثناء اختبار السمع) لمعرفة إدراك الطفل للكلام ونغمات الصوت في جميع الذبذبات من 250 هرتز إلى 8000 هرتز، كما يمكن استخدام رد الفعل المفاجئ باستخدام توصيل الصوت عن طريق العظم أو الهواء، كما يجب تقييم كل أذن على شكل منفرد باستخدام سماعات لكل أذن.

2 – 5 سنوات:

فحص السمع المبني على اللعب الشرطي: باستخدام نغمات الصوت، والتوصيل عن طريق الهواء والعظم لكل أذن على حدة (عند سن الثالثة والنصف) مع تقديم ضوضاء للأذن التي ليست تحت الاختبار لمنع انتقال الصوت من أذن إلى آخر أو ما يعرف بـmasking مع الاختبار عند الذبذبات من 250 هرتز إلى 12000 هرتز.

مستوى الإحساس بالكلام speech awareness threshold أو مستوى إدراك الصوت، إذا سمحت اللغة، مستوى إدراك الكلام/ الكلمات المنفردة إذا أمكن ذلك، مثل استخدام اختبارات تحديد الكلمة من خلال تعريف الصورة.

5 سنوات فأكبر:

استخدام القياس السمعي المعتاد: التوصيل عن طريق العظم والهواء، معرفة مستوى إدراك الكلام، إدراك الكلام/ الكلمات.

وبالإضافة إلى إجراءات التقييم، فإنه ينصح باستخدام الآتي عند وبعد تركيب أجهزة السمع:

أ. التحليل الإلكتروصوتي لأجهزة السمع:

1. في يوم تركيبها.
2. كل 30–90 يوما بوضع مستوى الصوت على حسب المستوى الذي يستخدمه الطفل، أو برفع الصوت إلى أقصى حد ممكن، مع أتعاب المواصفات الخاصة بالأجهزة والمراقبة من قبل المؤسسات الأمريكية لوحدة المقاييس.
3. كلما تم إصلاح جهاز السمع، بالإضافة إلى القيام بفحص المكونات الداخلية.
4. كلما شك أحد الوالدين من خلال فحصه للجهاز، أو من خلال سلوك الطفل، بوجود ما يستدعي فحص الجهاز.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ب. تقييم السمع مع وجود أجهزة السمع في أذن الطفل وفي حقل صوتي:

1. يمكن للوالدين وأخصائي التأهيل السمعي أن يحضروا الطفل عن طريق تعويده على الاستجابة بشكل متسق للصوت، ولاختبار الأصوات الخمسة الخاص بـ (the ling five-sound test) Ling.

الاستجابة التي تتم في وجود أجهزة السمع يمكن أن تشمل:

- الإحساس بالكلام، مستوى إدراك الكلام/ الكلمات عند درجة سمع 55 db hl في جو هادئ، وفي ظل وجود ضوضاء، إذا أمكن ذلك كما يمكن أن يشمل مستوى السمع للنغمات المتغيرة warbles أو الضوضاء التي تتم في حزمة صوتية ضيقة من 250 هرتز إلى 6000 هرتز، سواء من خلال أذن واحدة أو كلتا الأذنين من أجل المقارنة.

ملاحظة: من الضروري تقييم نتائج فحص السمع الذي يتضمن وضع الطفل لأجهزة السمع بمقارنتها بفحص السمع الذي لا يتضمن وجود هذه الأجهزة، والنتائج التي يوصي بها مع وجود تكبير الصوت المثالي بالنسبة لشكل مقياس درجة السمع الذي يتضمن وجود زاوية على الجهة اليسرى corner audiograms left-hand هي تلك التي تكون في حدود 35-45 db hl في حدود ذبذبات 250، 500، 1000 أو أفضل من ذلك.

التعزيز الصوتي Acoustic highlighting:

التعزيز الصوتي عبارة عن تقنية تعمل على تعزيز فرصة سماع اللغة المنطوقة، فحينما يتعلم الطفل الإنصات، فإن الهدف هو الانتقال نحو لغة طبيعية، ذات درجة تعزيز أقل ولكن من أجل الوصول إلى هذا الهدف، هناك بعض البيئات الصوتية والظروف المعيقة التي تجعل من الضروري استخدام التعزيز الصوتي:

1. مسموع بشكل أقل.	الانتقال نحو	1. مسموع بشكل كبير
2. وجود ضوضاء أكثر في الخلفية		2. عدم وجود ضوضاء في الخلفية
3. زد المسافة إلى أكثر من ذلك		3. كون المتحدث على مسافة 6 إنش من جهاز السمع أو القوقعة المزروعة
4. استخدام السرعة المعتادة		4. استخدام سرعة أقل بطء في الكلام
5. استخدام إيقاع معتاد		5. أكثر من استخدام تغيير النبرة والإيقاع (كأنك تعني ما تقول).
6. اقل وضوحا/ وأصوات غير معتادة لا تكرر أو تعيد		6. استخدام كلام واضح جدا أكثر من التكرار والإعادة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

7. الكلام أقل اختلافا (مثل استخدام كلمات تختلف في صوت واحد فقط، تحمل نفس عدد المقاطع، وذات نفس الإيقاع).	7. أوجد تناقض صوتي كبير (تأكد من وجود اختلاف بين أحرف العلة للكلمات، واختلاف في الإيقاع، وعدد المقاطع).
8. جمل أكثر صعوبة لا تركز على كلمات بعينها	8. استخدام لغة مبسطة مع جمل قصيرة، حاول التركيز على الكلمات الرئيسية
9. لا تركز على ذلك	9. حاول التركيز على الكلمات الصغيرة (مثل حروف الجر، الضمائر).
10. ضعها في بداية الجملة ضعها في الوسط	10. حاول وضع الكلمة الرئيسة في نهاية الجمل (بالنسبة للغة الإنجليزية ذلك أسهل)
11. استخدم مجموعة مفتوحة ليست محصورة بعدد معين.	11. استخدم مجموعة محددة يختار الطفل الجواب الصحيح منها.

قم بتغطية الفم للتركيز على السمع/ أو أجلس بجانب أو خلف الطفل.

شجع قدرة الطفل على التقليد من أجل تطوير قدرته على فحص ما يقوم بسمعه.

ثالثاً: الخصائص العامة للمعوقين سمعياً:

الخصائص اللغوية:

يعتبر النمو اللغوي من أكثر المجالات تأثيراً بالإعاقة السمعية، فالمعوقين سمعيا يعانون من تأخر واضح في النمو اللغوي، وترجع هذه الصعوبة إلى غياب التغذية الراجعة المناسبة للطفل في مرحلة المناغاة.

وبالإضافة إلى صعوبة اللفظ فإن لغتهم غير غنية ومفرداتهم قليلة وجملهم قصيرة، كما أن لديهم أخطاء في الكلام وعدم اتساق في نبرات الصوت.

الخصائص المعرفية:

لا توجد علاقة قوية بين درجة الإعاقة السمعية ومعامل الذكاء، وأنه لا أثر للعلاقة السمعية على ذكاء الفرد، وأن النمو المعرفي لا يعتمد على اللغة بالضرورة ويؤكد البعض أن لغة الإشارة هي بمثابة لغة حقيقية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الخصائص التربوية:

إن التحصيل الأكاديمي للأطفال المعوقين سمعياً منخفض مقارنة بالتحصيل الأكاديمي لأقرانهم السامعين،وانخفاض التحصيل الأكاديمي يمكن تفسيره بعدم ملائمة المناهج الدراسية.

الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

تؤثر صعوبات التواصل اللفظي للأفراد المعوقين سمعياً عن قدراتهم على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ويميلون إلى العزلة.

الخصائص الجسمية والحركية:

تشير الدراسات فيما يتعلق بالنمو الحركي لدى الأفراد المعوقين سمعياً أن نموهم متأخر مقارنة بالنمو الحركي للأفراد السامعين، وأنهم بشكل عام لا يتمتعون باللياقة البدنية التي يتمتع بها أقرانهم:

طرق التواصل:

1. التواصل اللفظي.
2. قراءة الكلام.
3. التواصل اليدوي.
4. التدريب السمعي.
5. التواصل الكلي.

التدخل التربوي للأطفال المعوقين سمعياً:

- **برامج مرحلة ما قبل المدرسة:** تتركز هذه البرامج على دور الوالدين الهام من خلال تدريبهما وإرشادهم للطفل المعوق سمعياً، ولابد أن تتم هذه البرامج بعد تشخيص وتقييم الطفل.
- **برامج مرحلة المدرسة:** يتم إلحاق الطفل في المدرسة الابتدائية فالإعدادية فالثانوية بعد إنهائه لبرامج مرحلة ما قبل الدراسة، ويتم تدريب الطفل على المهارات الأساسية التي تلزم الأطفال المعوقين مثل التدريب السمعي والتدريب النطقي.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الفصل الحادي عشر

عملية دمج الأطفال المعاقين سمعياً مع أقرانهم العاديين

مقدمة

يعرف الدمج التربوي بأنه دمج الأطفال غير العاديين المؤهلين مع أقرانهم العاديين دمجا زمنيا وتعليميا واجتماعيا، حسب خطة وبرنامج وطريقة تعليمية، مستمرة تقر حسب حاجة كل طفل على حدة، ويشترط فيها وضوح المسئولية لدى الجهاز الإداري والتعليمي والفني في التعليم العام والتعليم الخاص.

اولا: متطلبات عملية الدمج

عناصر عملية الدمج:

1- الأهلية للدمج:

لابد من أن تتوفر في الأطفال الغير عاديين مجموعة من المقومات ليكونوا مؤهلين للدمج مع أقرانهم العاديين في الفصل العادي ومنها:

- أن يكون لديهم القدرات العقلية التي تمكنهم من العمل في المدى المعرفي الموجود في الصف إلى حد ما.
- أن يكون لديهم القدرة على التنقل بمساعدة أي أداة أو جهاز في غرفة الصف أو في مرافق المدرسة.
- أن يتمتعوا بالمهارات اللازمة للتفاعل مع أقرانهم العاديين في الصف العادي وفي الأنشطة الترويحية والاجتماعية.
- أن يكون لديهم رغبة في التعلم مع أقرانهم العاديين في الفصل العادي.
- أن يكون قد توفرت لهم خبرات في أنشطة مدمجة سواء في المدرسة أو الترويح أو الأوضاع الاجتماعية.
- أن يكون لدى أولياء أمورهم رغبة في تعلم أطفالهم في الفصل العادي.
- أن يكون لديهم القدرة على الاعتماد على النفس في تأدية معظم المهارات العناية بالذات والأنشطة الحياتية اليومية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- أن يتمتعوا بالاستقرار العاطفي اللازم للتكيف مع متطلبات البيئة التعليمية في الفصل.
- أن يكون لديهم القدرة على التعبير على حاجاتهم بالكلام أو الكتابة أو غيرها من الأساليب.
- أن يكون الطفل قادراً على الاستمرار في أداء مهمة في الفصل العادي دون الاعتماد كثيرا على التغذية الراجعة والانتباه من قبل المعلم كما هو متوفر له في الفصول الخاصة.
- فترة دمج الطفل غير العادي مع أقرانه العاديين في الفصل العادي: لابد من أن يقضي الطفل المدمج فترة لا تقل عن 50٪ من يومه الدراسي في الفصل العادي.

2- التكامل التعليمي:

المقصود بالتكامل التعليمي أن يدرس الطفل غير العادي المدمج مع أقرانه العاديين في الفصل العادي نفس المواد والمناهج الدراسية التي يدرسها العاديين قدر الإمكان.

3- التكامل الاجتماعي:

يتحقق التكامل الاجتماعي عندما يلعب الطفل غير العادي بصفة فعلية دوراً في المجموعة التي يشكلها الفصل العادي وعندما يقوم بتبادلات ذات دلالة مع رفاقه العاديين ويحظى بتضامن فعلي وبالتواصل معهم ويحس بشعور الانتماء إلى المجموعة.

4- التخطيط لعملية الدمج:

إن عملية الدمج تتسم بالتخطيط الدقيق والمنظم ولن يكتب لها النجاح ما لم تؤخذ بهذا المنظار، فلابد من أن يؤخذ كل شيء في الحسبان ويخطط له ومن ذلك:

- تحديد الكفاءات المؤهلة للتخطيط والإشراف والتنفيذ والتقييم لهذه العملية.
- إعداد معلمي التربية الخاصة للعمل في برامج الدمج.
- توفير كافة المستلزمات التجهيزية من وسائل وأجهزة تعليمية ووسائل سمعية أو بصرية أو حسية يحتاجها كل برنامج.
- تكوين فريق متعدد التخصصات لتحديد أهلية أو استعداد كل طفل مرشح لعملية الدمج.
- وضع ضوابط لعملية اختيار المدرسة.
- إعداد البيئة المادية في المدرسة لعملية الدمج.
- إعداد الأطفال المزمع دمجهم في الفصول العادية لعملية الدمج.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- إعداد أطفال المدرسة العادية لعملية الدمج.
- إعداد معلمي الفصول العادية لعملية الدمج.
- إعداد إدارة المدرسة لعملية الدمج.
- وضع استراتيجيات تساعد على نجاح عملية التواصل بين معلمي برامج الدمج ومعلمي الفصول والآباء والمؤسسات المجتمعية الأخرى.
- وضع نظم لمواءمة وتعديل طرق التدريس والمجالات الدراسية وأسلوب التقدير لأطفال الدمج.

5- تحديد برنامج تربوي وطريقة تعليمية لكل طفل على حدة:

لكل طفل من أطفال برامج الدمج حاجاته الخاصة ونقاط القوة والضعف التي تختلف عن الأطفال الآخرين لذلك لابد من تصميم برامج تربوية فردية يحدد فيها مستوى الأداء الحالي للطفل والأهداف الطويلة والقصيرة التي تصف ما يتوقع من الطفل تحقيقه في مجال ما من مجالات النمو، كذلك تحديد الخدمات التربوية الخاصة والخدمات المساندة اللازمة وطرق التدريس المناسبة وتحديد البدائل التربوية الملائمة للطفل.

والبرنامج التربوي الفردي يعمل أيضاً بمثابة أداة تشجع التواصل بين معلمي الطفل والأخصائيين الآخرين القائمين على تربيته وتدريبه منجهة أخرى،ويحدد كتابيا المواد والمعدات والوسائل اللازمة لمساعدة الطفل وتدريبه، وهو أيضاً أداة تنظيمية تستخدم بهدف التأكد من أن الطفل يتلقى الخدمات التي من شأنها تلبية حاجاته الخاصة فعلاً، وهو أيضاً يعمل بمثابة وثيقة تسمح بالمتابعة والمساءلة.

6- تحديد المسئوليات في عملية الدمج:

إن أحد عوامل نجاح عملية الدمج هو تحديد مسئوليات كل من له علاقة بهذه العملية بوضوح، وعلى سبيل المثال:

- مسئولية إدارة التعليم.
- مسئولية معلمي برامج الدمج (معلم غرفة المصادر، المعلم المتجول والمستشار).
- مسئولية معلم الفصل العادي.
- مسئولية الأخصائيين الآخرين.

شروط دمج الأطفال المعاقين سمعياً:

1- يجب أن تكون الإضاءة في الصف مناسبة.

2- يجب على المعلم أن يتحدث بصوت مسموع.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

3- يجب على المعلم أن يقف داخل الصف في مكان مناسب مواجه للأطفال.
4- العمل على حد الضوضاء والأصوات الأخرى في غرفة الصف.
5- يجب على المعلم تشجيع الأطفال على استخدام طرائق التواصل المتعددة.
6- الإكثار من استخدام المعينات البصرية كالرسوم والصور والإشارات اليدوية.
7- يجب على المعلم أن يحرص على التغذية الراجعة من الطفل.
8- يجب على المعلم أن يقوم بكتابة الاختبارات والواجبات المنزلية.
9- تشجيع الطفل على استخدام السماعة.

البدائل التربوية للأطفال المعاقين سمعياً:

1- الصف العادي: يتم دمج الطفل المعاق مع الصف العادي إذا كانت درجة إعاقته بسيطة.
2- غرفة المصادر: وهي غرفة صفية خاصة ملحقة بالمدرسة العادية.
3- المعلم الاستشاري: وهو الذي يقدم استشارته التربوية للمعلم العادي الذي يقوم بتعليم الطفل المعوق.
4- الصف الخاص وهو صف خاص في الدراسة العادية يتم فيه تعليم الأطفال بسبب حاجتهم إلى برامج مكثفة.
5- المدرسة النهارية وهي مدرسة خاصة بالأطفال المعوقين سمعياً يلتحقون بها نهاراً ثم يعودون إلى منازلهم.
6- المدرسة الداخلية وهي مراكز ومؤسسات إقامة داخلية يلتحق بها الأطفال المعوقين سمعياً بدرجة شديدة جداً.

برامج الدمج التربوي:

تقدم من خلال ثلاثة برامج و هي:

1- برنامج غرف المصادر لضعاف السمع والنطق:

برنامج غرفة المصادر لضعاف السمع والنطق أحد برامج الدمج التربوي التي تقدم في مدارس التعليم العام، ويتضمن تخصيص غرفة ذات مستلزمات خاصة في المدارس العادية، يحول إليها الأطفال ضعاف السمع والنطق لجزء من اليوم الدراسي وفق جدول زمني منظم، حيث يتواجد بها معلم مؤهل في الإعاقة السمعية أو أخصائي في السمع والذي يطلق عليه معلم (غرفة المصادر) الذي يعمل مستعيناً بالمصادر الخاصة المتوفرة في هذه الغرفة على

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

مساعدة الأطفال للتغلب على مشكلاتهم الأكاديمية الناجمة عن إعاقتهم ولاكتساب المهارات التواصلية أو السلوكية أو الاجتماعية المناسبة لهم.. هذا بالإضافة إلى عملية التقييم المستمر والعمل مع مدرس الفصل العادي على إيجاد البيئة الأكاديمية والاجتماعية التي تمكنهم جميعاً من استغلال قدراتهم وتحقيق طموحاتهم.

وفيما يتعلق بغرفة المصادر لضعاف السمع والنطق فإن المعلم المتخصص في العوق السمعي بالإضافة إلى أخصائي اضطرابات النطق والكلام هما ركيزة من ركائز البرنامج.

- من المنتظر أن يقضي الطفل من حصة إلى ثلاثة حصص يومياً في غرفة المصادر، ويتوقف ذلك على طبيعة احتياجاته.
- إذا كان الطفل يحتاج إلى أقل من حصة واحدة في المعدل يومياً فمن المحتمل أن يكون بمقدوره البقاء في الفصل العادي في أقرب المدارس إلى منزله مع الاستفادة من خدمات المعلم المتجول ما إذا كان متوفراً.
- إذا كان الطفل يحتاج إلى ما يزيد عن الثلاث حصص يومياً فمن المحتمل أن يكون ضمن برنامج الفصل الخاص.
- وبالطبع هناك استثناءات لما سبق.

2- برنامج المعلم المتجول لضعاف السمع والنطق:

يعتبر برنامج المعلم المتجول لضعاف السمع والنطق أحد برامج الدمج التربوي المقدمة في مدارس التعليم العام وفيه تتاح للأطفال ضعاف السمع والنطق فرصة الالتحاق بأقرب مدارس التعليم العام إلى منازلهم فيخصص لكل مجموعة منهم معلم مؤهل في الإعاقة السمعية أو أخصائي في السمع يقوم بالتجول المستمر بين هذه المدارس، فيمكث لفترة معينة في كل مدرسة ليقدم لهم بعض الدروس التعليمية والتوضيحية التي لا يستطيع معلمو الفصول العادية تقديمها، ويتأكد من ملائمة الدراسة لهم وتوفر الأجهزة المساعدة ويقدم خبراته الاستشارية والتعليمية لمعلميهم ولأسرهم ولإدارة مدرستهم بالإضافة إلى قيامه بعملية التشخيص والتقويم.

3- برنامج المعلم المستشار لضعاف السمع والنطق:

يعتبر برنامج المعلم المستشار أحد برامج الدمج التربوي المقدمة في مدارس التعليم العام، وفيه يتاح للأطفال ضعاف السمع والنطق بدرجة بسيطة الالتحاق بأقرب مدارس التعليم العام إلى منازلهم حيث يخصص لكل مجموعة منهم معلم تربية خاصة مؤهل في

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الإعاقة السمعية أو علم السمع يتنقل بين مدارسهم ليقدم الاستشارات التربوية الخاصة لمعلميهم بشكل دوري أو متى ما دعت الحاجة أو طلب منه ذلك.

وعليه فإن المعلم المستشار هنا لا يقدم خدمات مباشرة للطفل إلا إذا كان يريد أن يوضح أسلوباً معيناً للمعلمين الذين يعملون معه بخلاف برنامج غرفة المصادر والمعلم المتجول حيث تقدم الخدمات فيهما بصورة مباشرة للطفل.

ثانياً: عناصر تطوير لغة الحوار لدى المعاقين سمعياً:

الأطفال الصم أو ضعاف السمع ليسوا مجموعة متجانسة (أي أنهم لا يتشابهون من جميع النواحي)، ولذلك تتأثر قدرة أي طفل على تطوير لغة الحوار تبعاً للعديد من العناصر الخاصة به وبشخصيته وهذه يطلق عليها العناصر الداخلية، وفي رأيي هناك مطلبين رئيسيين يجب توافرهما في الطفل لتحقيق نجاح في اكتساب اللغة وهما: الاستعداد البيولوجي (الجيني)، والدافع الداخلي (الاهتمام).

ويمكن تجزئة هذين العنصرين إلى بعض الأجزاء المحددة، وتشمل هذه الأجزاء:

- نسبة السمع المتبقية: الاستفادة من المعينات السمعية ودرجة الاستمرارية أو الثبات في لبس السماعة والمدة الزمنية لذلك.
- الاستعداد اللغوي وهو عامل متراوح من طفل لآخر.
- الدعم الأسري.
- الذكاء والدافعية لدى الأهل والطفل معاً.

ويلعب كل عنصر (كما سيناقش لاحقا) دورا معقدا ومتداخلاً في التطور الكلي لمهارات لغة الحوار وليس هناك عنصر واحد فقط يحدد مدى التطور الذي سيحققه طفل أصم أو ضعيف السمع في وضوح اللغة المحكية مستقبلا وعلى كل حال فإن العناصر المتصلة بدرجة تعرض الطفل للغة (سماعيا) هو العامل الأكثر أهمية ويواجه الأطفال الذين لديهم فرص ضعيفة في التعرض للجزء المسموع من اللغة وغير القادرين على استخدام سمعهم لمعرفة ما يقولونه – فهم يواجهون تحديا كبيرا أمامهم، ومع وجود استثناءات، فإن الأطفال الذين يتعرضون للجزء المسموع من اللغة أقل من غيرهم (يسمعون حوار أقل) يكونون أقل قدرة على تطوير لغة حوار فاعلة للتواصل.

ورغم أنني اعتبر أن درجة اهتمام الطفل أو دافعيته تعتبر عنصرا فاصلا في تعلم اللغة فإن هذا العنصر يتأثر كثيرا بدرجة التعرض للمعلومات المسموعة، لأن هذا التعرض يجعل لغة الحوار أكثر تفاعلاً ومعنى. أما إذا تساوت جميع العناصر من ناحية التعرض للغة الحوار

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

فإن درجة الاهتمام، الدافعية تصبح هي العنصر المهم والذي يؤثر بقوة على قدرة الطفل على تطوير مهارات لغة الحوار وهو عنصر يمكن تشجيعه ولا يمكن الإجبار عليه. والمثال الذي أذكره دائما للأهل هو الرياضة أو الموسيقى فالأهل المهتمون برياضة معينة أو موسيقى معينة يحبون أن يهتم أولادهم بهذه المهارة أيضاً، فإذا كان للطفل ميول أو استعداد لنفس هذه المهارة فهو سيحقق نجاحا بها، أما إذا تم إجباره عليها فهو غالباً لن يطور مهارات هامة فيها، وهذا لا يعني أنه لا ينبغي عدم تشجيع الطفل على المشاركة في هذه النشاطات ولكن يجب أن يتم ذلك بتعريض الطفل للممارسة الدورية، على أن تكون ممتعة وعلى أن يكون اهتمام الطفل هو العامل المحدد للدرجة التي يتم بها تدريبه على هذا النشاط.

وطبعاً فإن العديد من الآباء يرغبون بأن يتكلم أبناؤهم، وأن يتواصلون بسهولة مع المجتمع بالطريقة اللفظية، ورغم أن رغبة الطفل في التواصل اللفظي أو تعلم اللغة لا يمكن أن تقارن فعليا برغبة الطفل في النجاح برياضة معينة، إلا أن هناك الكثير من الحواجز التي تحد من نجاح الطفل رغم رغبته الدالية في أن يتكلم.

كمية السمع المتبقية:

يمكن قياس دقة سمع الطفل بموضوعية وتوثيقها على تقرير فحص السمع، ولكن عند مناقشة المهارات السمعية لأي شخص فإن من المهم ذلك أن هذا التقرير غالبا لا يستطيع عكس القدرات السمعية الفعلية للطفل، حيث يقدم قياس السمع معلومات حول مدى دقة سماع الطفل للنغمات الصافية (Pure tones) ولا يشير إلى أن مدى يمكن أن يفهم الطفل لغة الحوار داخل أو خارج سياق التواصل اللفظي، فهناك أطفالاً ذوي ضعف سمع شديد كانت لديهم قدرة أفضل على التعامل مع لغة الحوار من أطفال ذوي ضعف سمع متوسط، وليس هناك سبب واضح لمثل هذه الحالات.

المساعدات السمعية:

يتفاعل كل طفل بشكل مختلف مع السماعات، والواقع أن استعمال المساعدات السمعية يزود الطفل بفرصة مناسبة للتعرض للغة الحوار بشكل جزئي أو كلي.

ولكن الحقيقة العلمية هي أن ضعف السمع لا يضعف فقط استقبال الإشارة السمعية (الأصوات) بل إنه قد يشوه هذه الأصوات أيضاً أي أن الطفل حتى مع وجود السماعة لا يسمع الأصوات (سواء الكلامية أو غيرها) كما يسمعها الشخص العادي، وللتوضيح فإن استخدام السماعة يمكن أن يشبه الراديو حيث تزيد السماعات من علو الكلام الذي يسمعه الطفل، أما إذا كانت الإشارة (الصوت) التي يسمعها الطفل مليئة بالضجيج والتشويش ففي هذه الحالة في استخدام السماعات قد لا يكون عظيم الفائدة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ويمكن لزراعة القوقعة أن تزيد علو الصوت، وبالتالي تعطي معلومات مسموعة أفضل (وذلك بإثارة القوقعة مباشرة) ورغم أنها قد تزيد الشعور بالصوت فإن نسب نجاحها في تطوير مهارات لغة لفظية بالنسبة للأطفال الذين لم يتعلموا اللغة قبل فقدان السمع لا تزال غير مؤكدة تماما. لذلك فإنه من المهم أن نأخذ بالاعتبار جميع العناصر ذات العلاقة بتطور اللغة، عند التفكير بتقديم معينات سمعية وخصوصا الزراعة.

ومن المهم جدا مراقبة سلوك الطفل لتحديد مدى استفادة الطفل من المساعدة السمعية، ويمكن الافتراض بأن استخدام المساعدات بشكل مستمر في أجواء – بيئات مفيدة للطفل (الذي يبدو أنه يستفيد من السماعات) سوف يكون له تأثير جيد على تطور لغته.

الاستعداد اللغوي:

إن الاستعداد اللغوي هو عنصر هام في تطور لغة الحوار ويكون تطور لغة الحوار أسهل بالنسبة للأطفال ضعاف السمع الذين لديهم لغة إشارة قوية، ويظهر ذلك جليا لدى الأطفال الصم المولودين لآباء صم مقارنة بالأطفال الصم المولودين لآباء سامعين، وذلك لأن الطفل الأصم الذي لديه مجموعة جيدة من المفاهيم وقدرة جيدة على توصيل أفكاره ومشاعره هو أكثر قدرة ورغبة لتعلم المهارات الضرورية لتطوير مهارات اللغة وهذا يوفره وجود لغة سابقة لدى الطفل توفر له التعرف على هذه المفاهيم والقدرة على توصيل الأفكار والمشاعر وهي هنا لغة الإشارة، إضافة إلى ذلك فإن الأبحاث الحديثة أوضحت العلاقة بين الكفاءة في لغة الإشارة (إتقانها)، وتعلم لغة الحوار ومعرفة اللغة المكتوبة قد يكون أداة قيمة لتطوير الاستعداد لتعلم لغة الحوار، حيث يتمكن الطفل ضعيف السمع والقادر على القراءة من الربط بين الكلمة المطبوعة والكلمة المسموعة وخصوصاً إذا كان أخصائي التواصل يقوم بالتدريب على المهارات اللغوية والمسموعة عبر قصص أو جمل ذات معنى للطفل، وكذلك تقديم نموذجا صحيحا للهيكلة اللغوية، ويساعد هذا المعزز البصري (اللغة المكتوبة) على تدريس قواعد تجميع الأصوات لتكوين كلمة جديدة، وتقدم اللغة المكتوبة أيضا طريقة جيدة للأطفال لاكتساب وإتقان قواعد اللغة أكثر بكثير مما يمكنه الحصول عليه من لغة الحوار (سماعياً) ومعرفة هيكلة ونظام وقواعد اللغة هو عمليا مهم عند قراءة الشفاه والذي يتطلب تعبئة/ إغلاق الكثير من الفجوات السماعية (وذلك بتوقع أو تخمين ما لم يتم سماعه أو ملاحقته من الشفتين أثناء الكلام) وهكذا فإن المهارات الدراسية المبكرة والتي تتطور عند ترجمة اللغة المقروءة يمكن أن تساعد أيضا في تعزيز مهارات اللغة الشفهية.

دعم الأسرة:

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

إن دعم الأسرة هو عنصر أساسي ليس فقط من أجل التطور النطقي واللغوي ولكن أيضا للتطور العقلي والعاطفي، فالأسرة التي تقبل طفلها وتحترم احتياجاته اللغوية سوف تساعد هذا الطفل للوصول إلى أفضل ما يمكنه الوصول إليه من مهارات.

فإن الطفل الذي يلمس اهتمام ودعم وتقبل الأسرة له تصبح لديه القابلية والدافعية لمواجهة أصعب المواقف التي يمكن أن تواجهه أثناء تعلم اللغة الشفهية، والأطفال الذين لديهم مثل هذا القبول من عائلاتهم يطورون قدرات أوسع وأكثر مرونة في عملية التواصل، فيما يواجه الأطفال شعورا أكبر بالضغط والصعوبة عندما يكون اهتمام الأهل منصباً على التطور الكلامي فقط فالدعم الواسع والتشجيع يجعل الطفل يكون شعوراً بالثقة وهذا الشعور ضروري للنجاح في التواصل، ويكون هؤلاء الأطفال مزودين بمهارات تساعدهم في التغلب على صعوبات التواصل المطلوب منهم تطبيقها واستخدامها أثناء تعلم مهارات التواصل.

القدرة العقلية:

عن القدرة العقلية أو درجة ذكاء الطفل ليست دائماً مؤشراً جيداً على قدرته على تطوير لغة الحوار، فالعديد من الأطفال الصم ذوي الذكاء العادي لا يطورون لغة حوار فاعلة رغم الجهد القوي المبذول، فيما يمكن أن يكون أطفال لديهم ذكاء أقل مهارات لغوية أفضل ويكون لدى الأطفال (الذين يتم دعم تطورهم اللغوي والعقلي مبكراً في حياتهم) يكون لديهم القدرة على التعامل مع اللغة كمهارة أخرى ممتعة يعلمونها ضمن المهارات الأخرى ومع الوقت فإن فهمهم لأهدافهم ودرجة دافعيتهم تتطور عندما يرون لنجاح جهودهم.

لغة الإشارة أم لغة الحوار:

إذا لم تتوفر طرق موضوعية لتحديد الاستعداد اللغوي لدى الطفل ضعيف السمع فكيف يمكن توقع استعداد هذا الطفل لتطوير لغة شفهية؟ وقد كان يطلب من الأهل في السابق وحسب النظرية الأولى لتعليم الأطفال الصم وضعيفي السمع الذين يرغبون تعليم طفلهم اللغة الشفهية أن لا يعلموه لغة الإشارة، وبعد سنوات من التدريب الكلامي وعدم النجاح في تطوير لغة الحوار فاعلة للتواصل مع الآخرين يتم تعليم الطفل لغة الإشارة كلغة مساعدة أو مساندة، ورغم أنه حاليا يتم تعليم واستخدام لغة الإشارة من معظم الأطفال ضعيفي السمع في السياق التعليمي، فإنه لا يزال هناك اعتقاد قوي لدى الكثيرين بأن تعلم لغة الإشارة سوف يجعل الطفل لا يتكلم أو يتعلم الكلام، وللأسف يؤثر هذا الاعتقاد سلبا

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

على مصلحة الطفل، أما النظرية الثانية فتقول أنه يجب أولاً تعريض الطفل للغة الإشارة فقط، بما يتم تعليمه اللغة الشفهية بعد إتقانه لغة الإشارة.

وبناءً على ما تقدمه هاتين النظريتين فإن الطفل يتعرض فقط لواحدة من اللغتين مما يحد من إمكانيات تطوره في اللغة الأخرى، إما بوضع الطفل في مكان يقدم اللغتين معاً وبنفس الاهتمام لكن مع فصل السياق(أي يتم تقديم كل لغة في مكان مختلف وليس معاً في نفس السياق) فإن الأهل والمعلمون سوف يتمكنون من تحديد قدرات الطفل على تطوير كل مهارة على حدة ومدى نجاحه في كليهما.

إن تطور اللغة هو أحد أهم أساسيات برامج التعلم المبكرة ولأن قدرة الطفل ضعيف السمع على اكتساب اللغة عبر الوسيلة السماعية أو ما يدعى اللغة المسموعة محدودة، فإنه يتم الاستعانة وبقوة باللغة المرئية أي المكتوبة في المدرسة فيما يمكن تعريض هؤلاء الأطفال للغة الحوار المسموعة في المدرسة أو البيت في سياقات آمنة ومتوقعة (مخطط لها)، وهكذا يتم تعريضهم للغتين بشكل منفصل خلال نشاطات الحياة اليومية، مما يمكن من مراقبة تطورهم في اللغتين بشكل أكثر وضوحاً وعندما يتم تحديد مدى استعداد الطفل على تطوير لغة حوار يتم إتباع قدرات الطفل وتفضيلاته وتعديل مستوى اللغة المقدمة له تبعاً لذلك.

ويبدو من المنطقي التساؤل لماذا لا يتم استخدام اللغتين معا في نفس الوقت؟ والسبب هو لجوء العديد من المعلمين لطريقة التواصل المتزامن Simultaneous communication أثناء تدريس الأطفال ضعيفي السمع في الصفوف الدراسية وهي طريقة تعتمد على توصيل لغة الحوار حسب إشارات يدوية معينة (كمساعد بصري) مع الكلام في نفس الوقت (بالتزامن). وتفيد بعض التجارب العلمية بأن الأطفال اللذين يستخدمون اللغة الشفهية بمعزل عن الإشارة يصبح تواصلهم اللفظي أفضل من اللذين يتكلمون ويؤشرون في نفس الوقت بالإضافة إلى عدد من العناصر الأخرى مثل درجة السمع ومدى الاستفادة من المعينة السمعية وعمر الطفل عند البدء بالتدريب وتعاون الأهل والمعلمين وغير ذلك.

وهكذا فعن إبقاء اللغتين منفصلتين يعطي الخيار للطفل (كأي طفل ثنائي اللغة) لاستخدام أية لغة يفضلها أو يحتاجها حسب السياق الذي هو فيه.

وكذلك فإن جلسات التدريب النطقي اللغوي ينبغي أن تركز على استخدام اللغة الشفهية للتواصل في بيئات تواصلية حقيقية بهدف تحقيق التواصل اللفظي الناجح في الحياة العادية.

وجعل تعلم اللغتين منفصلا يساعد الأخصائيين والمعلمين بدقة أكبر على تحديد مدى تقدم الطفل ووضوح كلامه بدون إشارات مساعدة، ومراقبة فهمه للكلام اللفظي، مما

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

يساعد الأطفال على إدراك متى يكون كلامهم مفهوما ومتى لا يكون، وبالتالي أيضا يساعدهم على معرفة متى يحتاجون لوسائل تواصل بديلة.

التوقيعات الواقعية:

ما يمكن أن يصل إليه الطفل ضعيف السمع مع التدريب الكلامي (أي المستوى اللغوي الشفوي)يتراوح بين استخدام اللغة الشفهية بفاعلية ممتازة وأقرب للعادية، واستخدام جمل معقدة ومفردات متنوعة، إلى استخدام مفردات محدودة في مواقع/ سياقات محددة ولا يمكن أبداً التوقع إلى أي مستوى سوف تصل لغة الطفل الشفهية، ولهذا وبغض النظر عن توقعات أو أمنيات الأهل، فعن قدرة كل طفل وما سوف تصل إليه لغته يخضع لعدة عوامل كما سبق وذكرنا، ومن المهم معرفة أن ذلك يتراوح من مجرد معرفة المهارات الأساسية للغة الشفهية، إلى لغة حوار أقرب للطبيعة والاشتراك في حوارات يومية عادية مع وجود صعوبات في فهم بعض المفاهيم المجرد والمعقدة، فيما قد يصل البعض إلى مستوى عالي في معرفة اللغة اللفظية ولكن تبقى لديه مشاكل في تطبيق ما تعلمه في الواقع الحياتي.

والسؤال هو عن الوقت والجهد الذي سوف يطلب من الطفل بذله لتحقيق أقصى ما يمكن أن يصل إليه وهنا ينبغي الأخذ بالاعتبار التوازن بين التدريب اللفظي واللغوي، والدراسي، ورغبة الطفل وتقبله النفسي للتدريب، ونظرته لنفسه ولنجاحه في استخدام هذه اللغة في حياته اليومية والى أي مدى ستكون قدرته على تتبع مسار الحديث المسموع لهذا ينبغي على الأهل والمختصين تحديد الأهداف بناء على القدرات الواقعية للطفل، ويمكن للأسئلة التالية أن تساعد في تحديد أهداف واقعية للتدريب وهي تطرح على الأهل:

- هل الطفل يجيب دائما عند مناداته باسمه بدون إشارة؟
- هل يستجيب لأصوات البيئة دائماً؟
- يزيد من التواصل اللفظي عند بداية ارتدائه للسماعة؟
- ينظر إلى وجهك باهتمام عندما تتحدث إليه؟
- يتوقع الأصوات أو المقاطع التي تستخدمها باستمرار مثل (ياه/ يوه/ آه).
- يقلد حركات الشفتين.
- يصدر مقاطع.
- يقلد نغمة الصوت Intonation.
- يستخدم المقاطع التي يصدرها وكأنها كلمات حقيقية للتواصل.
- يستخدم بتلقائية كلمات مفردة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- يصدر نغمة السؤال بشكل تلقائي.

اكتساب لغتين معاً:

كي يستطيع الطفل أن يكون ثنائي اللغة فإنه من المهم له أن يتعرض بشكل فاعل لكلتا اللغتين، ويحدث هذا بشكل طبيعي عند اضطراره لاستخدام لغتين في بيئته اليومية، وينبغي على الأقل التركيز على لغة واحدة بشكل كامل وإلا كان الطفل في خطر عدم تطوير أي من اللغتين بشكل ناجح، ومن الطرق المتبعة في ذلك:

- تحديد مجموعة من الأشخاص بحيث يتحدث كل منهم إحدى اللغتين مع الطفل.
- تحديد أوقات محددة لاستخدام كل لغة.
- استخدام لغة معينة في المنزل وأخرى خارجه أو استخدامها بالتبادل.

والسؤال حول أي هذه الطرق سوف يساعد الطفل ضعيف السمع لاكتساب لغة حوار فاعلة ومناسبة للتواصل الاجتماعي تكون إجابته صعبة وتعتمد على تعرض الطفل بشكل كافي للغة الشفهية إضافة للعناصر التي سبق ذكرها.

وأفضل طريقتين للاستخدام هما:

1- تحديد أشخاص معينين لاستخدام كل لغة.

2- تحديد أوقات – مواقف أو ظروف – لاستخدام كل لغة.

ويمكن وحسب الضرورة استخدام إشارات يدوية أو جسدية أو بصرية للمساعدة في توصيل المعلومة أثناء التواصل اللفظي مع الطفل.

وتذكر نتائج دراسات وأبحاث (من خلال تجارب سابقة مع الأطفال ضعاف السمع) بأنهم ينقسمون إلى ثلاث مجموعات (حسب ما سوف يحققونه من نجاح في اكتساب اللغة الشفهية مستقبلا).

أطفال يكون تعرضهم للغة المسموعة كافي بحيث يمكنهم من الناحية الظاهرية أن يكتسبوا لغة حوار قريبة من العادية (طبعاً مع وجود السماعات).

أطفال يكون تعرضهم للغة المسموعة محدوداً بحيث لا يمكنهم اكتساب مهارات الكلام بشكل طبيعي (الاتصال مع الآخرين) بل يحتاجون لم يعلمهم هذه المهارات،وطبعاً تختلف قدرة كل طفل على اكتساب اللغة الشفهية عن الآخر.

أطفال تعرضهم للغة المسموعة ضعيف بسبب ضعف السمع الشديد أو إعاقات أخرى مصاحبة أو أسباب أخرى، وهؤلاء لا يطوروا لغة حوار فاعلة (حتى بالحدود الدنيا)

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ولذا من الأفضل قضاء وقت وجهد أكبر في تطوير مهارات قراءة الكلام (الشفاة) ومهارات التواصل الكلي والكتابة.

وهناك تفاوت شاسع بين الأطفال ليس فقط في مهارات اللغة الشفهية التي سوف يطورونها بل في طريقة تعلم واستخدام هذه المهارات، ورغم أن الهدف الأسمى للجميع هو الوصول إلى أقصى ما يمكنهم الوصول إليه من الكفاية التواصلية، إلا أن لكل طفل طرق مختلفة في تعلم ومن ثم استخدام هذه المهارات.

اكتساب لغة الحوار من خلال التفاعل الطبيعي:

قد يطور الأطفال من المجموعة الأولى مهارات لغة حوار قوية ويكونون ثنائي اللغة الحوار ولغة الإشارة، وتتراوح قدراتهم اللغوية من الأقرب للطبيعية (قريبة من الأطفال السامعين) مع تأخر بسيط (حوالي 6 أشهر عن العمر الزمني)، إلى تأخر بالسنوات عن عمرهم الزمني، والعاملين الأكثر تأثراً في كلام هؤلاء الأطفال (أي العاملين الذين يظهر فيهما مشاكل أكثر من غيرهما من عناصر اللغة) هما النطق والتنغيم Intonation.

وقد يتساءل البعض لماذا يتم تعليم لغة الإشارة لطفل يمكنه أن يطور لغة حوار مقبولة والإجابة كما سبق شرحها تتمثل في صعوبة التنبؤ بالمستوى الذي قد يصل إليه أي طفل في اكتساب لغة حوار عبر السياق السمعي فقط.

البيئة الطبيعية للحديث:

كما هو معلوم فإن معظم الأطفال ضعاف السمع يمكنهم اكتساب اللغة عبر الطريقة المرئية البصرية، ولهذا فإنه من الحكمة تقديم مثل هذه المساعدة لهم وعدم المخاطرة بتقديم نوع واحد من المعلومات وخاصة في المرحلة الحرجة من حياة الطفل لاكتساب اللغة (من سنتين إلى ست سنوات) وتشير الأبحاث إلى أن الدماغ لا يفرق بين لغة الإشارة واللغة الشفهية كمدخلات لتطوير اللغة الأولى لأن كلتاهما لهما الخصائص الرئيسية للغة، وهكذا فإن أي طفل يكتسب لغة الإشارة كلغة أولى سوف تبقى لديه القدرة على اكتساب لغة أخرى ولن يخسر شيئا بالمقارنة مع الطفل الذي يبذل جهداً لاكتساب لغة الحوار عبر الوسيلة السمعية فقط بدون استخدام وسائل بصرية، فمثل هذا الطفل يكون معرضاً لخطر اكتساب قدر ضئيل من أي من اللغتين أو سوف يطور فقط فهماً سطحياً للغة الشفهية، وهذه المهارة السطحية هي ما يدعي مهارات التواصل الأساسية.

أما الدرجة التالية من الكفاءة اللغوية وهي ما يدعى بالكفاءة المعرفية الدراسية، ويحتاج الطفل لاكتساب هذه الدرجة من الكفاءة من أجل تكوين الأساس المعرفي للغة،

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

والتي يعتمد عليها في تطوير المهارات المعرفية والدراسية (أي مهارات القراءة والكتابة)، وبكلمة أخرى فإن اللغة الشفهية رغم أنها كافية للتفاعل اليومي المباشر لبعض الأطفال ضعاف السمع، فإنها لن تخدمهم بنفس الفعالية في تبادل المعلومات المجردة والمعقدة مثل لغة الإشارة المتطورة.

أما إذا ما تطورت مهارات لغة الحوار لدى الطفل لدرجة نجاحه في المدارس العادية بدون مترجم، فإن تعلمه للغة الإشارة سوف يفيده في التعامل مع أقرانه من الصم وضعاف السمع الذين لم يطوروا لغة حوار مناسبة.

إن استفادة الأطفال من لغة الإشارة كطريقة بصرية لفهم الكلام يفيدهم بشكل كبير في النجاح في الصفوف العادية ولم يكن أبدا حاجزاً لتقدمهم في اكتساب لغة الحوار.

وهكذا فإنه بالنسبة للمجموعة الأولى فإن تحفيز اكتساب لغة الحوار يحدث تقريبا بنفس طريقة اكتساب الأطفال السامعين للغة، ويمكن لأخصائي النطق واللغة الاستفادة من الكتب المنهجية أثناء تدريب الأطفال في المدرسة لمضاعفة تعرض الطفل لنشاطات لغوية ومفيدة له في المنهج الدراسي وبطريقة طبيعية.

وكلما تقدم الطفل بالعمر قد يحتاج للتدريب على النصوص النحوية والصيغ اللغوية المتقدمة والمعقدة، ورغم تطور اللغة ووضوحها إلا أنه تبقى لديهم مجموعة متراوحة من الأخطاء، وهنا ينبغي العمل على تصحيح هذه الأخطاء اللغوية قبل ثباتها (مثل ظروف المكان والزمان).

وهناك أخطاء أخرى لكن لا يمكن التدريب عليها حتى يطور الطفل المهارات فوق اللغة Metalinguistics وهي مهارات القدرة على الحكم على صحة أو خطأ اللغة باللفظ أي القدرة على قول أن الصيغة اللغوية صحيحة أو خاطئة عند سؤاله عن ذلك لفظياً فقط، فمثلاً يجب أن يعرف مفهوم الجمع قبل أن يضيف (ات) إلى الاسم، خصوصاً إذا كان لا يسمع الأصوات ذات التردد العالي، ويمكن الاستفادة جداً من تعلم الكتابة للمساعدة في وصول مثل هذه المفاهيم بسهولة، وينبغي في هذه المرحلة عمل برنامج متكامل بين معلم الصف وأخصائي النطق واللغة للعمل على تصحيح هذه الأخطاء.

وهنا يتبادر إلى الذهن التساؤل طالما أن الطفل سوف يتكلم ويستخدم الكلام بطريقة فاعلة فما الحاجة لتعلمه للغة الإشارة (لأن البعض يعتقد أن ذلك سوف يجعل الطفل يعتمد عليها مما سوف يخفف من تعلمه اللغة أو يحد منها) والواقع العملي يعاكس هذه الاعتقادات فلغة الإشارة هي كأي لغة أخرى وتعلمها لا يحد من تعلم لغة أخرى (مثل تعلم الإنجليزية والفرنسية معاً أو العربية والإنجليزية معاً في نفس الوقت).

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

أما بالنسبة لسبب تعلمها إذا تطورت لغة محكية يمكن الاستعانة بها كوسيلة بصرية للتعلم وشرح المفاهيم والقواعد سوف يتعلم الطفل أن يستخدمها كمساعد له في فهم سياق الحديث في اللحظات التي يعاني منها من مشكلة في سماع ما يدور حوله أو ضعف البطارية أو غير ذلك، وأيضا تعلم لغة الإشارة ضروري للتفاهم مع الأطفال الآخرين ذوي المشاكل السمعية والذين لم تتطور لديهم لغة حوار كافية للتواصل.

ويقدر الطفل أن يستعمل اللغتين في المكان والسياق المناسبين تماماً مثلما يستعمل السامعون لغتين ويتقلون بينهما (مثل اللغة العربية والإنجليزية) حسب المستمع وسياق الحديث، وهذا ما يطلق عليه اللغويين اسم Code Switching.

تعلم لغة الحوار عبر التعليم والممارسة:

وتشمل هذه المجموعة الأطفال الذين لديهم ضعف سمع أكثر حدة ولديهم مؤشرات عديدة لاستعداد متوسط لاكتساب لغة الحوار عبر التفاعل اللغوي وحده (أي أطفال المجموعة الثانية)، وهؤلاء الأطفال لا يتعلمون اللغة بسهولة عبر التواصل السمعي رغم استخدامهم السماعات، وقد يستطيعون تعلم إصدار الأصوات الكلامية وبعض المفردات.

وقد يستفيد هؤلاء الأطفال بشكل كبير من تعلم القراءة والكتابة لتعلم قواعد اللغة، وهنا لا يكون هدف التدريب النطقي واللغوي الطلاقة بالحديث اللفظي، بل يمكن تدريبهم على استعمال اللغة المحكية بالدرجة الدنيا (الأساسيات) وغالبا يطورون مهارات قراءة الكلام والتي تساعدهم في مواضع عديدة من سياقات الحديث، وبالتالي فقد يستطيعون المجاراة في الحديث في بعض المواضع.

ويتركز التدريب لهؤلاء الأطفال على الطرق التقليدية لتعلم الأصوات الكلامية – وبعض القواعد اللغوية وبعض مهارات المحادثة – أي أن هؤلاء الأطفال يجب أن يتعلموا هذه المهارات لأنهم فعلياً غير قادرين على اكتسابها بأنفسهم عبر التواصل العادي والبقايا السمعية الموجودة لديهم، وطبعا هذه الطريقة تختلف تماماً عن اكتساب اللغة بالطريقة الطبيعية ولذا يكون تطورهم أبطأ، ولهذه الفئة يعتبر تعلم لغة الإشارة ضروريا لهم من أجل أن يكون لديهم لغة يمكن من خلالهم تعليمهم اللغة الثانية ومناقشتهم حول ما تعلموه.

وهنا يجب أن يتعاون أخصائي النطق واللغة مع الأهل والمدارس لتحديد أهداف التدريب المناسبة لكل طفل حسب حاجته – مستوى صفه – اهتماماته واهتمام الأهل وتوقعاتهم (مثل تعلم الحديث مع الأهل – الضيوف – الطلب من المطعم – الملعب ...إلخ).

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

التواصل في المجتمع:

أما الأطفال في المجموعة الثالثة فيظهرون استعدادا ضعيفا لتطوير لغة حوار فاعلة، وهم يكتسبون اللغة التعبيرية والمعلومات الأكاديمية عبر لغة الإشارة واللغة المكتوبة، وهؤلاء الأطفال قد يستمرون في التدريب النطقي اللغوي أو قد ينقطعون عنه إذا ما ظهر عدم استفادتهم الكبيرة منه، ويتم التركيز على مهارات التواصل الأكثر فائدة للطفل مثل لغة الإشارة والكتابة وقراءة الكلام (الشفاه) واستخدام ما استطاعوا اكتسابه من كلمات أو جمل يمكنهم نطقها بوضوح، وتحريك أفواههم كتقليد لنغمات الكلمات ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى ممارسة طرق التواصل التي يعرفونها في مختلف السياقات والنصوص وتطوير مهارات جديدة.

ويبقى لدى البعض الآخر مشاكل تواصلية حقيقية في جميع وسائل التواصل فلا يستطيعون النجاح الكامل في استعمال أية طريقة للتواصل بها وبثقة وفعالية، ويجب دائماً العمل على تقييم قدرات كل طفل وتزويده بمهارات جديدة يمكن تطبيقها في عدد من السياقات، وتحضير مناسبات لتطبيق ما يتعلمون ومناقشة حاجاتهم التواصلية، وخلال العديد من السنوات السابقة كانت هذه الطريقة هي الطريقة المتبعة في تعليم الأطفال ذوي المشاكل السمعية الصغار (الصفوف الابتدائية) ورغم أنها كانت موجهة لأولئك الذين ليس لديهم تواصل لفظي فاعل إلا أنها حققت نجاحاً مع معظم الأطفال ضعاف السمع بجميع مستوياتهم.

وتشمل هذه المهارات:

- قراءة الكلام باستخدام: قراءة الشفاه – تعابير الوجه.
- فهم سياق الحديث.
- الاستفادة من الإشارات المفهومة من البيئة لفهم الكلام.
- التدريب على إصدار الأصوات الكلامية (التدريب النطقي).
- التدريب على توضيح الكلام وذلك بتعلم كيفية نطق المفردات التي يتعلمونها بوضوح.
- القراءة (تشجيعهم على قراءة كل شيء مكتوب مثل لوحات الطرق الإرشادية – وسائل المواصلات – قوائم الطعام في المطاعم).

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- تعلم كيفية إصلاح التواصل أو انقطاعاته، أي مهارات الاستمرار في الحوار مثل سؤال الشخص الآخر أن يعيد ما قاله أو يعيد توضيح ما قاله بطريقة مختلفة مثل الكتابة أو تقليل عدد الكلمات.
- تقنيات التوقع وذلك عبر تعلم توقع الأحداث من خلال نصوص أو سياقات معينة والاستعداد لاستخدام طريقة التواصل المناسبة في المكان المناسب (قبل التواصل) مثل توقع ما سوف يقوم الطبيب بسؤاله – أو صاحب الدكان – البائع.
- مهارات استخدام اللغة وذلك بتطوير المعرفة لكيفية استخدام اللغة (بدء الحوار – متابعة الحوار – الدور في الحديث – استعمال اقتباسات أو جمل معروفة ومباشرة – وأية وسائل أو أوجه أو طرق لغوية تخدم في السيطرة على تغيير المعنى)، وهناك العديد من العناصر المختلفة التي يجب أخذها بالاعتبار عند نية التدريب على التواصل أهمها:
- أي طرق التواصل التي يستخدمها الطفل.
- أي الطرق التي سوف تثير اهتمام الطفل وتعطي قيمة حقيقية لما يتدرب عليه.
- هل يمكن للطفل المشاركة بالحوار مع أو بدون إشارات مساعدة (بعض الأطفال يمكنهم التدريب من خلال الصور فقط فيما البعض الآخر لن يجدي معه التدريب إلا باستخدام وسائل وسياقات حقيقية).
- تدريب الطفل على استخدام أكثر من طريقة للتواصل في نفس السياق (الكتابة – الإشارة – الكلمات المكتوبة – الإشارة لما يودون طلبه ...إلخ).

ثالثاً: تدريب مسئولين الدمج على لغة الإشارة:

المقصود بلغة الإشارة:

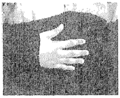
هذه اللغة هي لإشارات محددة تستخدم للاتصال بالأشخاص الذين يفقدون قدرتهم علي السمع (الصم). وهذه اللغة تستخدم في الكثير من بلدان العالم وإن كان يوجد بعض الاختلافات من بلد لآخر. وتعمل علي إزالة أية عوائق خاصة بالتحاور كما أنها لغة ممتعة لكلاً من الشخص المصاب في قدرته علي السمع أو الشخص السليم.

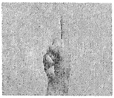
حيث يتم تدريب المسئولين على تعم الحروف الأبجدية، و تعلم الألوان، و أيام الأسبوع، و أفراد العائلة، و الأرقام، وأعضاء جسم الإنسان، و فصول السنة، و لغة الإشارة، و ذلك على النحو التالي:

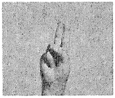
رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

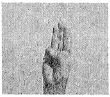
https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

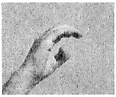
تعلم الحروف الأبجدية:

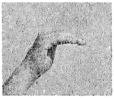

أ

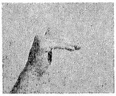

ب

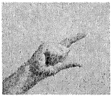

ت

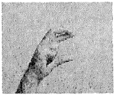

ث

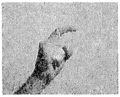

ج

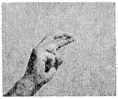

ح

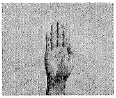

خ


د


ذ


ر


ز

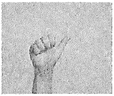

س

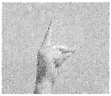
ش

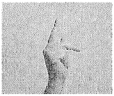
ص

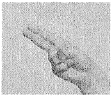
رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

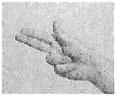
https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

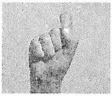

ض

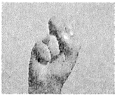

ط

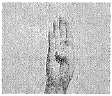

ظ

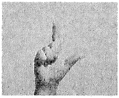

ع

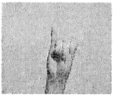

غ

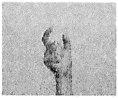

ف

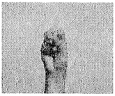

ق

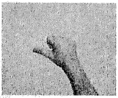

ك


ل


م


ن

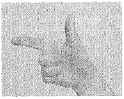

هـ

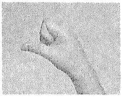

و

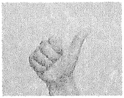
ي

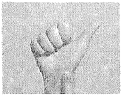
رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

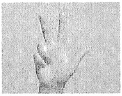
https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

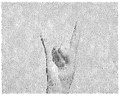

همزة (ئـ)

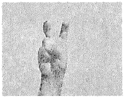

ؤ

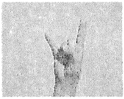

آ


إ


الـ


الأ

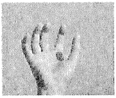

تاء مربوطة

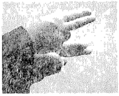

لا

الألوان:

أبيض

أصفر


برتقالي

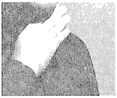

وردي

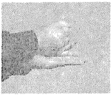
أحمر

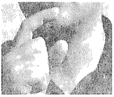
بنفسجي

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

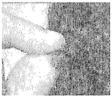
https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/


أخضر


رمادي

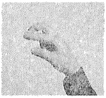

أزرق

بني

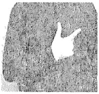

أسود

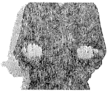
أيام الأسبوع:

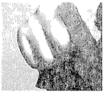
السبت

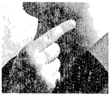

الأحد

الإثنين


الثلاثاء


الإربعاء

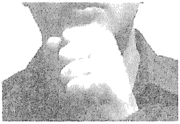

الخميس


الجمعة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

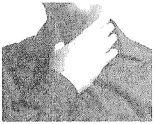
https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

أفراد العائلة:

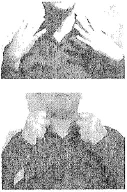


الأرقام:

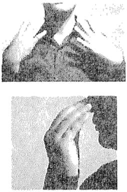
أعضاء جسم الإنسان:



فصول السنة:

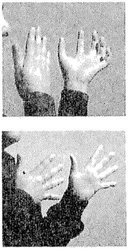


شتاء



ربيع

صيف



خريف

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

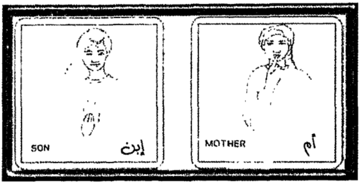
لغة الإشارة:

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

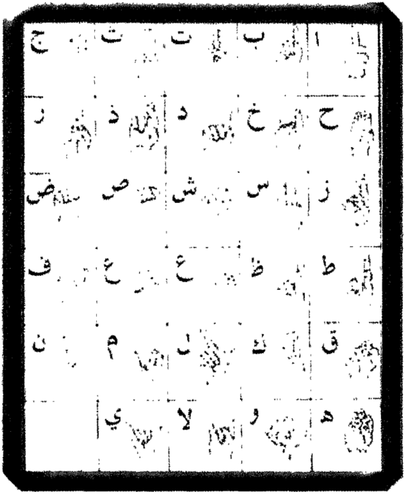
https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/



رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وأخيرًا صورة لكافة الحروف الأبجدية



رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رابعاً: نموذج لبرنامج دمج ضعاف السمع مع العاديين:

1. كيفية تنفيذ خطة الدمج:

القيام بالزيارات المنتظمة للأطفال طوال العام الدراسي ومحاولة تذليل الصعوبات التي تواجههم وإيجاد أنسب الحلول التي تعنيهم في العملية التربوية.

خطوات التنفيذ:

أثير الكثير من التساؤلات حول كيفية دمج هذه الفئة، هل يكون دمجاً كلياً أم جزئيا بفصول ملحقة بمدارس التعليم العام؟ ونوقضت إيجابيات كل منها وسلبياتها على الأطفال، واستقر الأمر على الدمج الكلي وهي أن يوضع الطفل المعاق سمعياً في الفصول العادية ويتم تعليم المعاق سمعياً الجزء الأكبر من البرامج الأكاديمية والاجتماعية ضمن الفصول العادية على أن تكون لكل طفل خطة فردية تتماشى مع الخطة الجماعية بالفصل مع مراعاة أن يتم صهر الأطفال المعاقين سمعياً في مناخ الصف العادي ويتم قبولهم من قبل أقرانهم العاديين.

أولاً: توجيه دعوة إلى نظار مدارس التعليم الابتدائي وناظراتها التي سوف يسجل فيها الأطفال المعاقين سمعياً، لشرح السياسة التعليمية الجديدة وتقديم الرؤى المشتركة التي وصل إليها الأطراف المشاركون جميعاً.

ثانياً: اجتماع الفريق بالأسرة التربوية للتفهم الكامل للإعاقة والظروف المحيطة بها وأن لكل طفل خطة تعليمية فردية يعمل بها بجانب الخطة الجماعية داخل الفصل.

ثالثاً: التوجيهات التي وجهت للمعلمين: إن الدمج مفهوم يشير إلى أي نوع من أنواع التفاعل بين الأطفال المعاقين سمعياً مع الأطفال العاديين وهذا المبدأ مستمد من مبدأ التطبيع نحو العادية (Normalization) حيث يشير إلى توفير أنماط الحياة وظروف الحياة اليومية لجميع الأفراد الذين يعانون من صعوبات disabilities أو إعاقات أخرى، بحيث تكون هذه الأنماط والظروف قريبة من أو تكون هي نفس الظروف الطبيعية وطرائق الحياة الاعتيادية للمجتمع.

لذا قد يعاني الأطفال في هذه المرحلة صعوبات فيما يتعلق بسمعهم فلابد من تكرار التعليمات والدروس، وما يترتب عليها من ابتعاد من ارتفاع الصوت، لأنه يعجز عن التمييز بين الكلمات والابتعاد عن التحدث بصوت منخفض، وكيفية تنظيم السرعة التي يتحدث بها حيث أن الدراسات تشير إلى أن تغير فم المتكلم، وسرعة تنفسه، وكل ما يطرأ من تغيرات على صوته وأنفه، كل ذلك يجعل الأصوات

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الصادرة عنه مختلفة، وبإشعار أهل الطفل بواقع حالته، وأن عليهم مساعدة الطفل على اجتياز هذه العيوب داخل الصف حتى يحد من النتائج السلبية لهذه العيوب على حياة الطفل التعليمية.

هذا بالإضافة إلى تحديد الوسائل التربوية، وكذلك طريقة جلوس الطفل باعتبار أن جلوسه داخل الفصل من أهم العوامل التي تؤثر على المناخ التواصلي بين الأطفال و بين المعلم، وحرص الفريق على ضرورة تواجد الطفل المعاق سمعياً بجانب الطفل الممتاز كنوع من المساعدة للمعلم وتقليل الضغط عليه، هذا ويزودون المعلمون بكتيبات خاصة بخصائص الطفل المعاق سمعياً وكيفية التعامل معه.

رابعاً: تدريب الأطفال لزيادة استعدادهم لعملية الدمج لمتطلبات الفصول العادية الذي يتضمن كيفية تسجيل المذكرات، مهارات الاستماع، التذكر، بالانتباه، الاستقلالية في العمل، المهارات الاجتماعية والسلوكية.

إعداد الأطفال العاديين لتقبل زملائهم المعاقين سمعياً لما له من أثر في التفاعل الاجتماعي الإيجابي.

ويعتمد نجاح عملية الدمج على مدى كفاءة ونجاح نسق التواصل والتعاون بين المدرسين والآباء والفريق المختص، فهذا النسق من شبكة التواصل ساعد في توفير الخدمات التربوية المناسبة للأطفال وأسرهم وإنشاء أسلوب فريق حل المشكلات والذي اعتمد على عملية التواصل والالتزام بالعمل من قبل جميع أفراد الفريق.

خامساً: أساليب التقويم: طرحت كثير من الأسئلة فيما يتعلق بالتقويم الشفوي لهؤلاء الأطفال ولاسيما أنهم يعانون صعوبة بهذه الناحية، واتفق على توزيع درجة الشفوي على مجهودات يقوم بها الطفل، بالإضافة إلى إجابة الأسئلة القصيرة شفوياً أو من على السبورة.

أما فيما يختص بحفظ مهمات علمية وهي أصعب ما يواجهه المعاق سمعياً، من وجهة نظرنا فقد اتفق على تجزئة المهمات إلى أجزاء صغيرة حتى يحفظها.

وأما من ناحية التقنيات التربوية والوسائل التعليمية فقد حرص الفريق على أن يستخدمها القائمون على التدريس، كمدخل بصري مساعد، لتوضيح المراد شرحه.

سادساً: المجتمع المدرسي: حرص الفريق على تهيئة المجتمع المدرسي بتوعية الأطفال من خلال الإذاعة المدرسية الصباحية بإلقاء بعض الموضوعات الهامة بالإعاقة السمعية أو حضور ندوات تهتم بهذا المجال، وكذلك بالزيارات المتبادلة بين أطفال المدارس

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

العادية وأطفال مدارس التربية الخاصة، للإطلاع على طبيعة العمل بالمدرسة، وكيفية تفاعل الأطفال مع المدرسين.

سابعاً: البيت: إن للبيت دورا هاما في إصلاح العملية التربوية، لذا حرص الفريق على تبصير الوالدين بخصائص الإعاقة السمعية، ولا سيما دورهم في مساعدة أطفالهم بالمنزل وذلك بتدعيم المفاهيم الأساسية الخاصة بكل مادة علمية، هذا بالإضافة إلى خضوع الوالدين لدورت تدريبية، في كيفية التعامل مع الأطفال المعاقين سمعياً، وكيفية التواصل المدرسي المنزلي عن طريق الآتي:

- توزيع المنهج الدراسي للمواد الأساسية لتقويم الأسرة بتهيئة الطفل للتعليم.
- التواصل اليومي عن طريق الاختصاصي الاجتماعي لمعرفة الصعوبات التي تواجه الطفل.
- عدم إهمال الأسرة للجانب النفسي والاجتماعي والطبي لما له من أثر على الجانب التحصيلي.
- تسليط الضوء على محاولات الأول الناجحة عن طريق حوار مشترك باللقاءات الدورية لأولياء الأمور والمدرسة كتشجيع الأهل.

2. نتائج دمج ضعاف السمع:

المزايا:

يقلل الدمج من الآثار المدمرة للوصمة التي تقرن بالطفل كما يوفر الفرصة للأطفال المعاقين للتفاعل مع أقرانهم العاديين والتعلم منهم ومعهم كما يعد الأطفال ويؤهلهم للعمل والتعامل مع أقرانهم في بيئة أقرب إلى الجميع وأكثر تمثيلاً له بالإضافة إلى نمو الجانب الأكاديمي والاجتماعي عن طريق إدخال مهارات وأساليب مدرسي التربية الخاصة إلى المدرسة العادية ومناهج للاستفادة منها.

سلبيات عملية الدمج:

عدم تفاهم نظار المدارس وناظراتها للأطفال ضعاف السمع المقيدين في المدارس وحث أولياء الأمور على تسجيل أبنائهم بمدارس التربية الخاصة تجنباً لعملية الدمج.

قلة وجود المصادر المرجعية العربية الخاصة بالإعاقة السمعية مما أدى إلى زيادة الأعباء على المسئولين عن عملية الدمج.

مدرسو الفصول العادية غير مؤهلين أو مدربين للتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة كما أن الأطفال ضعاف السمع بحاجة إلى كثير من الجهد والوقت الأمر الذي سيؤدي إلى تأخر في نمو وتقدم الأطفال العاديين.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

بعض مدرسو الفصول العادية وكذلك الأطفال العاديون يحملون اتجاهات سلبية تجاه الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الأمر الذي يؤدي عزلهم وخلق وصمة لهم داخل الفصول: الفصول العادية غير مهيأة لتوفير احتياجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وكذلك الأمر بالنسبة للكثافة الطلابية.

تساؤلات و حالات حول الإعاقة السمعية:

- من هو الأصم؟

هو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي يبدأ بـ70 ديسبل فأكثر، بعد استخدام المعينات السمعية، مما يحول، دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام.

- ومن هو ضعيف السمع؟

هو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي يتراوح بين 35 و65 ديسبل بعد استخدام المعينات السمعية، مما يجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع.

- ما المقصود بمصطلح (الدمج)؟

الدمج هو تربية وتعليم غير العاديين في المدارس العادية مع تزويدهم بخدمات التربية الخاصة، وهو مع الصم وضعاف السمع دمج جزئي.

- هل الصم متخلفون عقلياً؟

يتوقع بعض الناس أن الأصم يعاني من تخلف عقلي، فيتعاملون معه على أنه إنسان قاصر عقليا، وهذا غير صحيح فالصم كغيرهم من فئات المجتمع فيهم العاقل الحكيم وفيهم المتخلف عقليا وفيهم الذكي وغير الذكي... أي لا علاقة بين الصم والقدرة العقلية، وما يلاحظ من قصور في بعض تصرفات الصم أو عدم تلاءم بينها وبين العمر الزمني للأصم، فإنه ناتج عن عدة أسباب لعل منها:

- ضعف وقلة المعلومات والمعارف التي يجب أن يتلقاه الأصم لتنمي إدراكه بما يدور حوله في هذا العالم، فلو تأملنا في معلوماتنا ومفاهيمنا نحن السامعين لوجدنا أننا تلقينا أغلبها عن طريق السماع والتفاعل مع الناطقين وأهم هذه العلوم اللغة التي هي وعاء العلم، أما الأصم فلضعف التغذية المستمرة يتأخر تفاعله عما يريده الناس منه مقارنة بعمره، ويتضاعف التأخر كلما تقدم به العمر، وليس هذا دليلاً بالضرورة على تخلف عقلي.
- الصعوبة التي يعانيها عندما يريد التعبير عما يريد، فيفهم منه شيء وتغيب أشياء، وربما عبر عن عجزه بتصرف الغضب والاحتجاج، أو الحزن والبكاء، أو الانسحاب وكتم الغيظ.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

- عدم سماع الأصم الأساليب الجميلة التي يتخاطب بها الناس ويتطلب بها بعضهم أمام بعض من مثل أساليب الكنايات والتعريض والتقدير والاحترام... خاصة إذا عرفنا أن الصم يخاطبون ويتخاطبون بلغة صريحة ومباشرة دون مقدمات أو تعريض فمن الطبيعي أن يخاطب الناس كما يخاطب، وربما لا يحس في ذلك أي غضاضة.
- هل الصم أذكياء جداً؟

قد تجد بعض الناس يستدل على الذكاء الخارق عند الصم – حسب اعتقاده – بقوة ملاحظتهم بعيونهم، وفي الحقيقة أن اعتماده المستمر على النظر والملاحظة أكسبهم هذه القدرة كما أن اعتماد الكفيف على السمع أكسبه قدرة متميزة في تمييز الأصوات، واعتماده على السبابة في القراءة أكسبه قدرة عجيبة، واعتماد بعض المعاقين على مسك القلم والكتابة بأقدامهم أكسبهم هذه القدرة.

لقوة تركيز الصم على النظر والملاحظة تجدهم غالباً يبالغون في الاهتمام بالمظهر، والصم يقرؤون الناس من مظاهرهم عند أول لقاء لذا تجدهم غالبا يحبون أن يكون الانطباع الأول عنهم حسناً ومظهرهم أحسن، ويزيد هذا الشعور بتقدم السن لديهم، ويلاحظ هذه الظاهرة أكثر معلمو المرحلة الثانوية للصم، وليس من النادر أن يبدي الصم إعجابهم بالسيارات الفخمة مثلاً أو أجهزة الهاتف الناقلة، والتفاخر بمعرفة معلومات دقيقة عنها، حتى ولو تقدمت بهم السن، وهذا جزء من ولعهم بالمظاهر.

والحقيقة أنه لا علاقة بين الصم وحدة الذكاء، وهذا ما أثبتته دراسة مايكل بست وعدة دراسات تبعتها، بخلاف الاعتقاد السائد قديماً إن الذكاء عند الصم أقل منه لدى السامعين، والسبب أن مقاييس الذكاء القديمة تعتمد على الاختبارات اللغوية بشكل كبير.

- ما مستوى التحصيل الدراسي لدى الصم؟

من الطبيعي أن يكون لدى الأصم تأخر لغوي كبير واختزال لكثير من المعاني المتعددة التي تدل عليها الكلمة الواحدة، ويتبع هذا التأخر اللغوي تأخر في الجانب المعرفي والتحصيلي، وقد أثبتت الدراسات أن المعاقين سمعياً يتأخرون دراسياً عن أقرانهم من العاديين من ثلاث إلى خمس سنوات، هذا في المتوسط العام، ويتضاعف هذا التأخر مع تقدم عمر المعاق سمعياً، غير أن تحديد درجة التخلف تختلف من منهج دراسي إلى آخر، فتخلف الصم في مادة القراءة والتعبير يفوق تخلفهم في الرياضيات والجغرافيا والعلوم لعدم اعتماد المواد الأخيرة على اللغة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

وقد وجد الباحث فورث أن المتوسط العام لمستوى القراءة للأطفال المعاقين سمعياً لا يتجاوز الصف الثالث الابتدائي بالنسبة للعاديين، وهذا لا يعني عدم وجود بعض الأذكياء الذين يتجاوزون هذا المستوى، بشرط أن يتوفر لهم التدخل المبكر ثم التعليم المقنن، وأسرة تبذل جهدا ووقتاً ولا تمل في سبيل ابنها أو بنتها، وقد أثبت الباحث نفسه أن 10٪ فقط من المعاقين سمعياً يستطيعون القراءة بمستوى أعلى من مستوى طالب العاشرة (الأول الثانوي).

وهناك دراسة أخرى قام بها بوتنر ومكلر كشفت عن هذه الحقائق (أن 30٪ من الأطفال المعاقين سمعياً كانوا في مستوى الأميين، و60٪ كانوا بين المستويين الخامس والثالث وأقل من ذلك، و5٪ فقط بلغوا الصف العاشر (الأول الثانوي)، ودراسة ثانية أثبتت النتائج نفسها، وتجدر الإشارة إلى أن معظم الأطفال الذين شملتهم الدراستان كانوا من ضعاف السمع، أو ممن أصيب بالصمم بعد تعلم اللغة، أي أن غير هذين الصنفين سيكون أثر الإعاقة عليهم أشد.

- هل يقرأ الصم ويكتبون؟

نعم الصم يقرؤون كما نقرأ ويكتبون كما نكتب .. وليست مشكلتهم في قراءة الكلمات وكتابتها، بل المشكلة الكبرى عند الصم في فهم المعنى، لأنه يقرأ لغة لا يستخدمها إلا نادراً، ولا يفك إلا اليسير من رموزها بما لا يشكل له معنى عاماً.. ولكي أقرب لك الصورة أكثر.. فإن حال الصم مع اللغة العربية كحال الواحد منا الضعيف في اللغة الإنجليزية مع اللغة الإنجليزية.. هل يستطيع أن يقرأ اللغة الإنجليزية؟ نعم، ويكتبها، نعم لكنه لا يحصل من الصفحة الواحدة إلا الكلمتين والثلاث والأربع، بما لا يستطيع معه أن يكون معنى عاماً للمقطع فضلاً عن فهم كل المفردات.

ولذا يجب أن لا يرتب على قراءة الصم وكتابتهم أي حكم يخصهم.. كأن يقول المفتي للصم: مادام أنه يقرأ ويكتب، فيكفي أن يعطي كتيباً يفه أحكام الصلاة والصوم، أو يأمر القاضي الأصم بقراءة الشهادة من ورقة، وينتظر منه الإيماء برأسه قبولاً أو رفضاً، أو يؤمر الأصم أن يوقع على تعهد أو اعتراف أو أي شيء.

- ما مستقبل الصم الوظيفي؟
- لأي مستقبل يدرس الصم؟

يبدأ الأطفال الصم بدراسة الحاسب الآلي ويكون التركيز على برنامج الوورد ليتخرجوا نساخاً، مع الإلمام ببرامج أخرى كالبوربوينت والإكسل وفتح المجال منذ

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

ثلاثة أعوام تقريباً للأطفال الصم المواصلة في الدراسة للحصول على مؤهلات مناسبة.

أما دراستهم في الابتدائي والمتوسط فهي إثراء للغتهم وتربية وتعليم لأهم المعارف وتهيئة ليصلوا إلى دراسة التخصص، وقد لا يصلون لذا يجب على ولي الأصم أن يهتم بتدريبه على أعمال قد يحتاجها فيما بعد، وأن يكون من أولى اهتماماتك به اكتشاف مواهبه وبعث الكامن منها، كأن يدرب على البيع والشراء، أو بعض الحرف ككهرباء وسباكة المنازل... وقد يجد في البرنامج الملحق بالمدرسة أو في معهد الأمل من يساعدك في ذلك من معلمين ومشرفين ومرشدين.

- هل لغة الصم مهمة لهم؟

حينما يلتحق الطفل الأصم بالمعهد أو المدرسة تكون معه لغة خاصة هي لغة أمه غالباً، وهذه اللغة تتلاشى مع مرور الوقت.. حتى يكون شبه انفصام تام بين لغة الطفل ووالديه، لذا من حق الأصم أن يتعلم والده لغته، لغة الإشارة، وأن تتعلمها والدته كذلك، حتى لا يكون الناس البعيدون أقرب إلى أبنهم وتفهم حاجاته من والديه وذويه، تعلمك لغة الإشارة يغني ابنك عن اللجوء أوقات ربما تكون طويلة في عالم الواحدة، ويقلل من تعلقه القوي بأصدقائه في الإعاقة، ويمكنك تعلم لغة الإشارة عن طريق الكتب المصورة فيها، أو اسطوانات الـCD وكلها متوفرة في برنامج الدمج.

حالة:

جلس أفراد العائلة يشاهدون الأخبار، أو يتصفحون الجريدة، وتركيزهم وتأففهم وكثرة التفاف بعضهم إلى بعض وتعليقاتهم المقتضبة توحي بأن الخبر المعروض خطير جداً، أما ابنهم الأصم فكان مجلسه خارج الدائرة، كأنه أحد أثاث الغرفة..كم مرة حاول أن يدخل معهم جو الحادثة، ولكن امتعاضهم من قطعة الانسجام وتسلسل الأحداث كانت الصفعة المتوقعة، حتى ولو تعاطف معه أرقهم قلباً فالمشكلة الكبرى في لغة الإشارة، وماذا يفيد لو هز رأسه إيجاباً وهو لا يدري شيئاً... وفي الغد أول ما يريده الصم من المعلم أو من مشرف البرنامج أن يخبرهم خبر الطائرة التي شاهدوها في الشاشة وهي تهوي ساقطة، أو الزلزال الذي دمر المنازل أين هو؟ وكم القتلى؟ ويا لها من سعادة حين يسألك الأصم قبل دخوله الفصل بل في الاصطفاف الصباحي أحيانا فتخبره خبر الطائرة أو مكان الزلزال.

وكان الأولى برب الأسرة أن يراعي حق ابنه ويشجعه على مشاركتهم ف يكل ما يمكنه المشاركة فيه، وأن يستعين ببعض الوسائل كخارطة العالم ..و ...و... حتى ولو لم يصله من العولمة إلا اليسير، ففائدته على هذا الإنسان غير يسيره.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

قائمة بالمصطلحات العربية والاجنبية عن الاعاقات

Visual handicapped	الإعاقة البصرية
Negative attitudes	اتجاهات سالبة
Psychological effects	الآثار النفسية
Crawl	الحبو
Special materials	الأدوات الخاصة
Exceptional children	الأطفال غير العاديين
Peers	الأقران
Attitudes	الاتجاهات
Aptitudes	الاستعدادات
Person with special needs	الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة
Person with special skills	الأشخاص ذوي المهارات الخاصة
Rehabilitation	التأهيل
Visual stimulus	الإثارة البصرية
Special education	التربية الخاصة
Education for all	التربية للجميع
Recreation	الترويح
Imitation	التقليد
Social and psychological adjustment	التوافق النفسي الاجتماعي
Special services	الخدمات الخاصة
Deprivation	الحرمان
Isolation	العزلة
Over protection	الحماية الزائدة
Academic integration	الاندماج الأكاديمي

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

All-time integration	الدمج طوال الوقت
Part-time integration	الدمج لبعض الوقت
Motives	الدوافع
Normal person	الشخص العادي
Feeling of belongness	الشعور بالانتماء
Regular class	الصف العادي
Social relationship	العلاقات الاجتماعية
Professional team	الفريق المهني
Abilities	القدرات
Large brint book	الكتابة بخط كبير
Living demands	المتطلبات الحياتية
Teaching experiences	الخبرات التعليمية
Itinerant teacher	المدرس الجوال
Ordinary school	المدرسة العادية
Competence	المنافسة
Curriculum	المناهج الدراسية
Psychological development	النمو النفسي
Multi handicapped	تعدد الإعاقة
Hypersensitivity	الحساسية الزائدة
Adjustment behavior	السلوك التوافقي
Special traits	السمات الخاصة
Low vision	ضعيف البصر
Study strategies	طرق التدريس
Resource room	غرفة المصادر
Disciplinary rules	قواعد انضباطية
Total blind	كفيف كلي

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الكفيف	Blind
لزمان	Tics
مراكز التدريب	Training centers
معايير موضوعية	Objective norms
الإعاقة العقلية	Mental Retardation
الإعاقة السمعية	Hearing Impairment
الإعاقة البصرية	Impairment Visual
الإعاقة الحركية	Physical impairment
الإعاقة الانفعالية	Emotional impairment
التوحد	Autism
صعوبات التعلم	Learing Disabilities
اضطرابات النطق أو اللغة	Speech and Language Disorders
ملحوظة هامة: لا يوجد مصطلح منغولي وإنما للأسف هي تسمية دارجة بين الناس وفي الكتب القديمة والمصطلح أو التسمية الصحيحة هي حالة	
متلازمة داون : وحالة متلازمة داون حالة من حالات الإعاقة العقلية والتي تصنف إكلينيكياً أي حسب الشكل الخارجي.	Down Syndrome
الاضطراب : اضطرب بمعنى تحرك على غير انتظام، وضرب بعضه البعض الآخر، واضطرب الأمر بمعنى اختل، وأصبح غير منتظم. والاضطراب أيضاً بمعنى التباين والاختلاف	Disorder or Disturbance
النقص : مصدره فعل نقص، أو أصبح قليلاً، والمصطلح يستخدم عند مقارنة بين كميات وأشياء ملموسة ومعدودة مثال : نقص المال، ونقص الميزان.ولا يُقال نقص العقل (في حال التخلف العقلي)، لأن العقل ليس كمية محسوسة أو معدودة. والنقص أيضاً بمعنى خس وقل. وبمعنى ضعف فيقال نقص دينه	Diminution

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

Deficiency	القصور : مصدره فعل قصر. وقصر من الشيء بمعنى عجز عنه، ولم يستطع بلوغه. ويقال : قصر السهم عن الهدف، بمعنى انطلق السهم ولكنه لم يصب الهدف حيث لم يصل إليه. وأقصر عنه بمعنى ونزع مع القدرة عليه.
Impotence or Feebleness	الضَّعفُ : بمعنى هزل أو مرض، وذهبت قوته أو صحته. والضعف ضد القوة أو بمعنى لا قوة. ومراتب الضعف كمراتب الصحة والحُسن. فالضعف هو ما قصر عن درجة الحُسن. أو بعد عن درجة الصحة. والضعفُ بالضم يكون في الجسد. والضعف بالفتح يكون في الرأي والعقل. والضعفة بمعنى ضعيف الفؤاد وقلة الفطنة.
Retardation	التخلف : خالف الشيء بمعنى ضاده. والتخلف بمعنى التأخر. والخلاف بمعنى المضادة. والتخالف بمعنى عدم الاتفاق. فكل ما لم يتساو فقد تخالف. والتخلف بمعنى البطء في النمو العقلي للطفل، حيث يقل الذكاء عن حد السواء، دون أن يوصف الطفل بأنه ضعيف.
Delaying	التأخر : أخر بمعنى تأخر، أي جعله بعد موضعه. [المعجم الوسيط – ص8]. والتأخر ضد التقدم. والمتأخرين ضد المتقدمين. والتأخر يختلف عن التخلف فالتأخر عادة لا يستخدم لوصف الفرد الذي يقل مستواه عن الفرد العادي بدرجة قليلة. بينما التخلف يستخدم لوصف الفرد الذي يقل مستواه عن الفرد العادي بدرجة كبيرة.
Deficiency	العجز : عن الشيء عجزاً وعجزاناً بمعنى ضعف، ولم يقدر عليه. وأعجز فلان بمعنى سبق، فلم يدرك الشيء حيث فاته ولم يدركه. وأعجزه الشيء بمعنى فاته. أي لم يستطع تحصيله
Disorder	الخلل : اختل بمعنى صار خلا، واختل العقل بمعنى تغير واضطرب. .[واختل الجسم بمعنى هزل]. واختل الأمر بمعنى وقع فيه الخلل.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الشذوذ : شذ عنه بمعنى انفرد ونَدَرَ. ويشذُ بالضم والكسر شذوذاً فهو شاذ. وشذ شذوذاً بمعنى انفرد عن الجماعة أو خالفهم. والشاذ هو المنفرد أو الخارج عن الجماعة، أو ما يخالف القاعدة أو القياس. والشاذ من الناس خلاف السوي. وهو في علم النفس ما ينحرف عن القاعدة أو النمط.	Abnormality
العوق : في اللغة المصدر عاقة عن الشيء بمعنى منعه منه وشغله عنه فهو عائق 661. والتعوق بمعنى التثبط. وعوق بمعنى صرف وثبط. وتعوق بمعنى تثبط وتأخر. وفي الاصطلاح. العوق هو ما يخص الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، الذين يختلف أداؤهم الجسمي أو العقلي أو السلوكي، اختلافاً بيناً عن أداء من هم في أعمارهم الزمنية من الأطفال العاديين. والأداء العادي هو الذي يتراوح حول متوسط معين. إذ أن وضع حد فاصل بين الأداء السوي والأداء الشاذ أو غير العادي، أمر بالغ الصعوبة. فقد ينحرف الأداء عما يعتبر عادياً دون أن يصبح غير عادي ولهذا فإن مفهوم غير العاديين أو المعوقين أو ذوي الحاجات الخاصة، يعتمد على درجة الانحراف عن العادي وتكراره ومداه.	Handicapping
تربية خاصة : مصطلح شامل يستخدم للتعبير عن البرامج والخدمات المقدمة للأطفال الذين ينحرفون عن أقرانهم العاديين (سواء في الجانب الجسمي أو العقلي أو الانفعالي) بدرجة تجعلهم بحاجة إلى خبرات أو أساليب أو مواد تعليمية خاصة : تساعدهم على تحقيق أفضل عائد تربوي ممكن سواء في الفصول العادية أو الفصول الخاصة إذا كانت مشكلاتهم أكثر حدة. وقد القانون الأمريكي العام ،التربية الخاصة بأنها نوع من التعليم، يقدم دون مقابل لمواجهة الحاجات الخاصة للطفل المعوق، بما في ذلك التعليم داخل غرفة الدراسة والتربية البدنية، والإرشاد الأسري، والخدمات التعليمية بالمستشفيات والمعاهد.	special education

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

Central nervous system	الجهاز العصبي المركزي : هو أحد أجزاء الجهاز العصبي الخاص بالفرد و الذي يشمل على المخ و الحبل الشوكي. و يتم نقل الصور الحسية إلى الجهاز العصبي المركزي الذي يستجيب لها بالدوافع الحركية. وهناك ثلاثة أنواع رئيسية للشلل المخي، وهى: الشلل التشنجي، و الشلل الكنعاني، والتخلجى.
Developmental retardation	التخلف النمائي : مصطلح تم اقتراحه كبديل لمصطلح التخلف العقلي. ويؤمن المؤيدون له بأنه يؤكد على العناصر الصحيحة للتخلف العقلي، وبأنه قد يعمل على إزالة الخلط بين مصطلحي الصحة النفسية mental health والمرض النفسي mental illness.
Autism	اجترار الذات / الاجترارية / استثارة الذات / الأتوسية : التوحد / الاضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (ما بين 30 ، 42 شهرا من العمر) ويؤثر في سلوكهم. حيث نجد معظم (النصف تقريبا) هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح ، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم ، وعدم الاهتمام بالآخرين ،وتبلد المشاعر. وقد ينصرف اهتمامهم أحيانا إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويلتصقون بها. ويطلق على هذه الحالة أيضا "فصام لطفولة infantile autism" أو عرض anner's syndrome. k
Case history	تاريخ الحالة : تلك البيانات والمعلومات التراكمية المتعلقة بفرد من الأفراد، كالخلفية الأسرية، والتاريخ الشخصي والنمو الجسمي، والتاريخ الطبي، ونتائج الاختبارات، والسجلات القصصية للسلوك. ويستخدم تاريخ الحالة غالبا في اتخاذ القرارات المتعلقة بالواجبات المحددة للطالب وفى إعداد وتخطيط البرامج والخدمات اللازمة له.
Psychology	علم نفس
Psychologist	أخصائي نفسي

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

Psychotherapy	علاج نفسي
DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)	دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها : نظام تصنيفي خاص بالجمعية الأمريكية للطب النفسي، ويستخدم هذا النظام على نحو واسع، وبخاصة من قبل العيادات الطبية وعيادات الصحة النفسية.
Diagnosis	التشخيص (الصفة: تشخيصي، الفعل يشخص): 1. عملية التعرف على مرض أو حالة ما عن طريق تحديد أعراضها أو عن طريق الاختبار. 2. ما يتم التوصل إليه من حكم بعد معاينة وفحص دقيقين. ويتم التشخيص عادة في التربية الخاصة عن طريق فريق ينتمي أفراده إلي أنظمة عديدة متخصصة ، حيث يقوم بتحليل أسباب الحالة أو الوضع أو المشكلة وتحديد طبيعة كل منها
psychoanalysis	التحليل النفسي : طريقة لسبر غور النفس وعلاجها، تستند إلى تلك النظرية التي تنظر إلى السلوك غير السوي باعتباره نتيجة لرغبات مكبوتة في اللاشعور. وتحاول هذه الطريقة تبصير الفرد بسلوكه من خلال الخبرات الماضية، والمشاعر
Behavioral analysis	تحليل السلوك : ذلك المنهج التشخيصي المستخدم في تحليل عملية تعديل السلوك بهدف تحديد ما يحدث من تغيرات معينة في سلوك الفرد.
Adaptive behavior scales	مقاييس السلوك التكيفي : مجموعة من المقاييس تم إعدادها لقياس مستوى الأداء في المجالات غير الأكاديمية أو غير المعرفية مثل الحياة الاجتماعية والنضج الاجتماعي.
Behavior therapy	العلاج السلوكي : أسلوب لعلاج المشكلات السلوكية والانفعالية استنادا إلى مبادئ نظرية التعلم أو الاشراط: حيث ينصب الهدف الأساسي على تعديل ما يعانى منه الفرد من مشكلات سلوكية تستلزم العلاج. وتعتمد هذه النظرية على مبدأ أساسي مؤداه أن السلوكيات

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

	غير المرغوبة تعتبر عادات سيئة ، وإذا تم تغييرها فانه يمكن التخلص من المشكلات السلوكية التي يعنى منها الفرد لأنه يكون قد تعلم الكف عن ممارسة هذه السلوكيات أو يكون قد تعلم سلوكيات أخرى مرغوبة بدلا منها. سلوك behavior
Behavior disorder	اضطراب السلوك : حالة تبدو فيها أفعال الفرد غير مرغوبة، ومزعجة، وقد تكون ضارة إلى حد يعوق عملية التعلم، مما يجعله بحاجة إلى خدمات خاصة لمواجهتها.
Behavior management	ضبط السلوك : مجموعة من الأساليب والطرق المستخدمة في تغيير سلوك الفرد أو التحكم فيه، مثال ذلك أسلوب تعديل السلوك.
Behavior modeling	تقديم نموذج للسلوك : إجراء يتضمن تزويد الطفل أو الشخص موضع الاهتمام بإيضاح تمثيلي أو أداء فعلى للسلوك المرغوب المطلوب تعليمه له، حيث نتوقع منه أن يتعلمه أما بتقليد السلوك الذي رآه أو بفعله كما هو.
Behavior modification	تعديل السلوك : عملية تتضمن تشكيل سلوكيات الفرد بحيث تحاول خفض معدل حدوث السلوك غير المرغوب أو التخلص منه من ناحية، وتدعيم السلوك المرغوب أو تعزيزه من ناحية أخرى. وذلك من خلال التحكم في البيئة التعليمية عن طريق تطبيق مبادئ التعلم بأسلوب مخطط ومنظم.
Cognitive behavior modification	تعديل السلوك المعرفي : أحد أساليب تعديل السلوك، يتضمن تعليم الطالب استراتيجيات جديدة في التفكير يتمكن عن طريقها من ضبط سلوكه، كما تساعده في اكتساب المعلومات وتذكرها. ومن المعتقد أن الطلاب المتخلفين عقليا ومن يعانون من صعوبات في التعلم يستفيدون على وجه الخصوص من هذا النوع من التعليم. وقد يطلق على تلك الطريقة أيضا (التدريب المعرفي).

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

Depression	إكتئاب
Anxiety	قلق
Adaptation	التكيف
Sever mental retardation	تخلف عقلي شديد / متخلف عقلي بدرجة شديدة : 1. مصطلح تربوي المنشأ يستخدم للإشارة إلى انخفاض مستوى الأداء العقلي عن مستوى أقرانه المتخلفين عقليا القابلين للتدريب .وغالبا ما ينخفض مستوى ذكاء هؤلاء الأفراد بمقدار أربعة انحرافات معيارية عن المتوسط. وقد يستطيع المتخلفون عقليا بدرجة شديدة الحياة مع الجماعة أو ضمن نظام الإسكان البديل بشرط توفر الرعاية أو الإشراف المستمر عليهم.2. أحد مستويات التخلف العقلي الذي يتضمنه نظام التصنيف الصادر عن الجمعية الأمريكية للضعف العقلي، ويستخدم لوصف الأفراد الذين تنحصر مستويات ذكائهم ما بين 39 – 25 درجة.
Developmental disabilities	تعويقات النمو العقلي
Educable mentally handicapped (EMH). Educable mentally retarded (EMR)	المتخلفون عقليا القابلون للتعلم / المعوقون عقليا القابلون للتعلم : يستخدم هذا المصطلح لوصف المستويات العليا من التخلف العقلي والذي يتضمن أفرادا قادرين على أن يصبحوا مكتفين ذاتيا وعلى تعلم مهارات أكاديمية عن طريق الصفوف الابتدائية العليا.
Intelligence	الذكاء : هو القدرة على الفهم، والاستيعاب، والتكيف بسرعة للحالات والأوضاع الجديدة، والتعلم من الخبرات والتجارب. وهو كذلك : درجة القدرة كما تبدو من خلال أداء الفرد في الاختبارات المعدة بهدف قياس مستوى النمو العقلي.
Intelligence quotient (IQ)	نسبة الذكاء : هي رقم عددي يستخدم بصورة عامة للتعبير عن مستوى النمو العقلي. ويمكن حساب هذه النسبة بتقسيم العمر العقلي (كما يقاس بأداء الفرد في اختبارات الذكاء) على العمر بهدف الزمني، ثم ضرب الناتج في 100.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

المستوى المتوسط : 1. وضع صفي مدرسي يتم تعيينه بشكل ملائم لتلميذ ما، وهو مرادف للصفوف الرابعة والخامسة والسادسة. 2.تجميع التلاميذ في مجموعات لوضعهم في فصول التربية الخاصة ممن تتراوح أعمارهم بالتقريب 9 – 12 سنة.	Intermediate level
المعوقون أكاديميا : مصطلح يستخدم في ولاية كاليفورنيا (بالولايات المتحدة الأمريكية)، ويتعلق بفئة من فئات الخدمات المقدم ة للطلاب المعوقين بدرجة بسيطة – والذين كانوا يسمون سابقا بالمتخلفين عقليا القابلين للتعلم، والمضطربين انفعاليا، وذوي صعوبات التعلم – حيث يتم تقديم الخدمات التعليمية الخاصة لهم في نفس البرنامج من خلال ما يسمى بغرفة المصادر بدلا من تقديمها في برامج مستقلة بكل فئة منهم.	Learning Handicapped
العمر العقلي : مستوى القدرة العقلية لدى الفرد، والذي يعبر عنه من حيث متوسط العمر الزمني للأفراد الآخرين المجيبين بصواب على نفس عدد البنود التي يتضمنها أحد اختبارات القدرة العقلية. فالطفل – مثلا – الذي تساوي قدرته العقلية قدرة من يبلغ متوسط عمره الزمني 10 سنوات قد يحصل على عمر عقلي مقداره 10 ست\نوات، بصرف النظر عن عمره الزمني الحقيقي.	Mental Age (MA)
التخلف العقلي متخلف عقليا : مصطلح يستخدم على شكل واسع. ويشير إلى أداء ذهني عام أقل من المتوسط بدرجة دالة ن بحيث يظهر خلال الفترة النمائية، كما يصاحبه في نفس الوقت قصور في السلوك التكيفي. وتشير التعريفات المستخدمة في الوقت الحاضر إلى اعتبار الفرد متخلفا عقليا إذا بلغت نسبة ذكائه 70 درجة أو أقل وإذا بدأ قصوره واضحا في التكيف أو القدرة الاجتماعية.	Mental Retardation

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الاختبارات العقلية : أدوات صممت خصيصا لقياس السمات والخصائص بطريقة موضوعية، وذلك كقياس الذكاء والاتجاهات، والتحصيل الدراسي والشخصية	Mental Tests
المعوقون حركيا / بدنيا : مصطلح يستخدم للإشارة إلى الفرد الذي يعاني إلى اضطراب بدني يعوق عملية تعليمه، أو نموه، أو توافقه. ويشير المصطلح بصورة عامة إلى الأفراد المقعدين أو من يعانون من مشكلات صحية مزمنة، بيد أنه لا يشمل الإعاقات الحسية المفردة مثل كف البصر أو الصم.	Physically Handicapped
طبقة الصوت / نغمة الصوت : الانطباع الشخصي للفرد عن ارتفاع الصوت أو انخفاضه، ويستخدم مصطلح (التردد) كمرادف لذلك في مجال علم النفس. ويعتبر اضطراب طبقة الصوت واحدا من اضطرابات الصوت : حيث قد يظهر الصوت مرتفعا جدا، أو منخفضا جدا، أو رتيبا (أي يسير على وتيرة واحدة)، أو نمطيا، أو يتغير مقامه وارتفاعه بصورة غير عادية، أو يكون ذا طبقة متقطعة.	Pitch
اضطراب الإحساس : عدم القدرة على تمييز الأشياء المألوفة أو التعرف عليها من خلال المثيرات الحسية الناتجة عنها باستخدام الحاسة المناسبة. مثال ذلك اضطراب الإدراك السمعي ، أو اضطراب الإدراك اللوني , أو اضطراب الإدراك اللمسي.	Agnosia
فقدان الإحساس باللمس : عدم القدرة على التعرف على الأشياء عن طريق حاسة اللمس ، وهو نوع من اضطرابات عملية الإحساس	Astereognosis
العجز عن التعبير بالتوجه : سمة سلوكية تتضمن عدم قدرة الفرد على إظهار تعبيرات وجهه ، أو تغير تلك التعبيرات بما يعبر عما بداخله بحيث يبدو غير مبال أو مكترث. وقد تستخدم مصطلحات من قبيل " الجمود" أو "فتور المشاعر" للتعبير عن هذه الحالة.	Amimia

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

العلاج بالفن : مصطلح يرمز إلى الممارسات المختلفة الشائعة في التربية، والتأهيل، والعلاج النفسي: حيث تستخدم بعض المواد المنشطة والفنون التشكيلية لأغراض علاجية.	Art Therapy
العلاج المائي / العلاج بالماء : طريقة لعلاج العجز أو المرض باستخدام الماء، كما في حالة إحداث الضغط عن طريق التدفق القسري للماء.	Hydrotherapy
العلاج المهني : عملية تأهيل يقوم بها أخصائي العلاج المهني، حيث يستخدم أنشطة ذات مغزى كأساس لتحسين قدرة الأفراد على التحكم في عضلاتهم، ويطلق على هذه العملية أحيانا ((العلاج بالعمل)). ويعتبر تحقيق الشفاء البدني والعقلي هدفا أساسيا لهذا العلاج، إلا أن هناك هدفا آخر له يتمثل في مساعدة الفرد على تعلم مهنة معينة أو اكتساب مهارات الاعتماد على النفس.	Occupational Therapy
العلاج الطبيعي : طريقة لعلاج الأمراض العضوية باستخدام التدليك، والتمرينات، والماء، والضوء والحرارة، وبعض أشكال الطاقة الكهربائية، وجميعها أساليب ذات ميكانيكية غير طبية. ويقوم بهذا النوع من العلاج فرد حصل على تدريب متخصص يسمى ((اخصائي العلاج الطبيعي physical therapist)) تحت إشراف طبي.	Physical Therapy

اللغة والتواصل:

اللغة التعبيرية : إحدى مظاهر التواصل التي يتم بواسطتها نقل الأفكار بصورة ملفوظة أو رمزية أو مكتوبة.	Expressive Language
اللغة الاستقبالية : ذلك الجانب من عملية التواصل الذي يتضمن تلقي الفرد لما يقدم إليه من معلومات وتفهمه لها.	Receptive Language

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

اللغة الوظيفية : نظام تواصل وتبادل أفكار صالح للاستعمال، ويتيح للفرد إمكانية توضيح حاجاته. ويستخدم هذا المصطلح بصورة أساسية في الإشارة إلى المعاقين بدرجة شديدة ليفيد ضمنا هدفا لغويا أو وظيفة لغوية ينشد المدرس تحقيقه بتنمية أي منها وتطويره.	Functional Language
المصاداة : حالة كلامية تتميز بالترديد القسري اللاإرادي لما يقوله الآخرون من كلمات أو مقاطع أو أصوات بصورة تبدو كأنه صدى لهم. وهي تعتبر إحدى خصائص التخلف.	Echolalia
اضطراب التواصل : أي حالة تؤدي إلى إعاقة عملية التواصل كاضطرابات الكلام أو اللغة	Communication Disorder
اضطرابات/ عيوب النطق : يشير هذا المصطلح إلى الكلام المشوه أو غير المتميز الناتج عن إخفاق الفرد أو عدم قدرته على النطق(أو تشكيل) الأصوات الأساسية اللازمة للكلام بصورة سليمة ، وقد يطلق على هذه العملية أيضا "اضطراب مخارج الحروف". ومن أمثلتها الحذف omission والإبدال , substitution والتشويه distortion. ويفضل حاليا استخدام مصطلح" الاضطراب الصوتية phonological disorder " للإشارة إلى تلك العملية.	Articulatory Defect
اضطرابات الصوت : أحد اضطرابات النطق والكلام يتضمن تحدث الفرد بصوت يختلف عن العادي من حيث الطبقة (مرتفعة أو منخفضة بالنسبة للسلم الموسيقي)، أو الشدة) مرتفع جدا أو منخفض جدا)، أو النوع (خشن، مبحوح)، أو الرنين (زيادة الحروف الأنفية أو قلتها).	Voice Disorder
عسر فهم الكلام : حالة حسية عصبية يعاني فيها الفرد من صعوبة في فهم الكلام، وهي حالة مساوية للاضطراب المعروف بعسر القراءة dyslexia والذي يؤدي إلى صعوبة في استنباط المعنى من الكلمات المكتوبة. وقد صنف هذا المصطلح تحت الفئة العامة "عسر القراءة".	Dysacusis

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

صعوبة النطق : خلل في الجهاز العصبي المركزي يؤدي إلى اضطراب في نطق أصوات الكلام.	Dysarthria
عسر القراءة : قصور في القدرة على القراءة، أو عجز جزئي عنها، ويرتبط في الغالب باختلال وظيفي للمخ، أو بالتلف المخي البسيط. ويعجز المصاب بهذه الحالة عن فهم ما يقرأه بوضوح. ويعد مصطلح ((صعوبات التعلم)) مصطلحا أكثر عمومية بحيث يعبر عن مشكلات التعلم التي تشمل.	Dyslexia
عسر التعبير : أحد اضطرابات اللغة يتميز المصاب به بعدم القدرة على صياغة أفكاره أو التعبير عنها بصورة صحيحة أثناء الكلام. وهذه الحالة قد تكون مصاحبة للتخلف العقلي أو الاضطراب الانفعالي (أنظر كذلك aphasia).	Dyslogia
الاضطراب اللغوي النمائي/ النمط التعبيري : أحد التصنيفات الواردة في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها - النظام الثالث. ويشير إلي ما يعانيه الفرد من صعوبة أو عجز في التعبير عن رغباته. وهو مرادف لمصطلح احتباس الكلام أو تعذره (الحبسة التعبيرية).	Development Language Disorder
التأخر في الكلام : حالة يكون معدل نمو الكلام فيها بطيئا إذا ما قورن بمعدل نموه العادي بالنسبة لمختلف مراحل نمو الكلام وتطوره.	Delayed Speech
مهارات التواصل : يشير إلى مختلف الطرق الشائعة المستخدمة في تبادل الأفكار والآراء والمعتقدات بين الأفراد من خلال الأساليب مثل الكلام الشفهي، واللغة المكتوبة والإشارات والإيماءات...الخ.	Communication Skills
حبسة كلامية : فقد القدرة على الكلام أو انعدامه.	Alalia
عدم القدرة على فهم الرموز : عدم القدرة على فهم الرموز المختلفة أو فقد هذه القدرة بالمرة، وتشمل هذه الرموز الكلمات، والأشكال والإشارات، والإيماءات.	Asymbolia

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

التعليم المدعم بالكمبيوتر : استخدام الحاسب الآلـي أو أجهزة الكمبيوتر في التعليم. فمنذ عهد قريب تـضاعف استخدام أجهـزة الحاسـب الآلـي الـصغيرة، وأجهـزة معالجة الكلمات لتدريس الكبار والأطفال المعوقين.	Computer Assisted Instruction
سرعة القابلية لتشتت الانتباه (صفة: مشتت الانتبـاه) : صفة سلوكية مميزة، تبدو غالبا مـن الـذين يعـانون مـن اضطرابات من الجهاز العصبي المركزي. إذ يكون الطفل عـاجزا مـن منـع نفـسه للاسـتجابة مـن المثيرات غـير اللازمة بالضرورة للتوافق المباشر. ونتيجة لـذلك: فإنـه يعجز عن انتباهه للمـثيرات الهامـة لعمليـة التوافـق أو التعلم.	Distractibility
اكتئاب	Depression
قلق	Anxiety
التكيف	Adaptation
العجز عن تمييز أعضاء الجسم : علامة أو إشارة خفيفـة تدل على وجود تلـف بـسيط في المخ ن بحيـث يعـاني الطفل المصاب به من صعوبة أثناء اختباره، فلا يستطيع توجيه إصبعه إلى أنفه وعيناه مغلقتان.	Dysmetria
اضطراب التآزر الحركـي : طـف القـدرة علـى تنـسيق حركات الجسم ، وبخاصة ما يتصل منها بعملية الكـلام (أنظر apraxia)	Dyspraxia
اضطراب التناسق الحركي : اختلال وظيفي في الجهـاز العـصبي الحركـي، يـسفر عــن الافتقـار إلى التناســق الحركي، أو إلى فقدان القدرة على الحركة المتناسقة.	Dysrhythmia
الارتخاء العضلي : مرض نادر يـصيب الجهـاز العـصبي المركزي لدى الأطفال الصغار، بحيث يـؤدي إلى فقـدان القدرة على استخدام العضلات كمـا يـؤدي إلى ارتخـاء وضعف نشاطها.	Dystonia
ضمور العضلات والأعصاب : أي اضطراب عصبي أو عضلي ناجم عن سوء التغذية ونقصها.	Dystrophy

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

Daily Living (A D L) of Activities	أنشطة الحياة اليومية : مصطلح يستخدم لوصف المهارات العلمية اللازمة للحياة في المجتمع (أو بين الجماعة) كارتداء الملابس، وتناول الطعام، والتعامل بالنقود.... الخ ويطلق عليها أيضا المهارات اللازمة للمعيشة المستقلة.
Consultant (Consulting Teacher)	الاستشاري/ المدرس الاستشاري : واحد من أولئك الأشخاص الذين يعدون مصدرا للخدمات في التربية الخاصة. ويقوم بتقديم خدمات تشخيصية بالإضافة إلى مساعدته و تدعيمه للمدرسين بدلا من تقديم الخدمات بشكل مباشر للتلاميذ و الطلاب.
Functional Curriculum	المنهج الوظيفي : برنامج تربوي للمتخلفين عقليا القابلين للتعلم، ويؤكد على إعداد الطلاب للتغلب على مشكلات الحياة الملحة والمستمرة وحلها، ليكونوا قادرين على العيش في المحيط الاجتماعي بنجاح.
Objective	هدف : مصطلح يشير إلى هدف تعليمي معين يتم وضعه للطالب .ويجب اشتقاق هذه الأهداف من خلال قياس حاجات الطلاب التي تعد أساسا لإعداد الأنشطة التعليمية اللازمة لتحقيق هذه الأهداف
Objective Test	اختبار موضوعي : وسيلة قياس يقوم الباحث عند إعدادها بتحديد الإجابات الصحيحة المتفق عليها مسبقا، وبالتالي لا تتأثر الدرجات برأي القائم بتصحيح الإجابات المفحوصين عليها فيما بعد.
Observational Training	التدريب بالملاحظة : أسلوب يشبه تماما عملية التعلم بمحاكاة النموذج.
Behavioral Objective	الهدف السلوكي : عبارة معينة أو مجموعة من العبارات تصاغ بأسلوب يوضح ما ينبغي للطفل الوصول إليه من مستوى تعليمي. ولكي يكون الهدف السلوكي واضحا ودقيقا فانه لابد أن يتفق مع المحكات الأربعة التالية: 1. توضيح ما يتعين على الطفل عمله بالضبط 2. صياغة ذلك في صورة أنشطة يمكن قياسها 3. توضيح الظروف التي سيؤدى فيها الطفل الأنشطة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

	المطلوبة 4. توضيح المعيار الذي سيتم في ضوئه تقييم مستوى أداء الطفل مثال للهدف السلوكي : يتمكن الطفل من سرد جميع حروف الهجاء بترتيبها الصحيح في دقيقة واحدة دون الوقوع في أكثر من خطأين فقط.
Over Correction	الإفراط في التصحيح
Operant Learning	التعلم الفعال الإجرائي
Parent - Teacher Conference	مؤتمر الآباء والمعلمين : لقاء دوري بين المعلمين والآباء يعقد عادة في المدرسة في وقت محدد، بهدف مناقشة مختلف الأمور المتعلقة بالطفل، والبرنامج المدرسي، ومستوى أداء الطفل في البرنامج، وأنواع التعزيز التي يمكن استخدامها في المنزل، بالإضافة إلى مناقشة أي مشكلات يتعرض لها الطفل. كما يتم تشجيع الوالدين على إثارة التساؤلات، وتقديم الاقتراحات، وتيسير التواصل بين الأسرة والمدرسة بصورة عامة.
Perceptual Motor Match	التآزر الإدراكي الحركي : مفهوم قدمه نويل س. كيفارت Newell C. Kephart ويشير إلى أن النمو الحركي للفرد يسبق نموه الحسي، ويرتكز التعلم على تآزر عمليات الإحساس مع الاستجابات الحركية، ومن ثم أعطى كيفارت أهمية كبيرة للتدريب الحركي في عملية التعلم.
Positive Reinforcement	التعزيز الإيجابي : عملية تتضمن تقديم مكافأة للفرد حين يمارس سلوكا معينا مرغوبا
Reinforcement	أنظر أيضا التعزيز
Preschool Education	التربية في مرحلة ما قبل المدرسة : برنامج تدريبي يهتم عادة بجوانب النمو اللغوي والسلوك الاجتماعي للأطفال قبل التحاقهم برياض الأطفال أو بنظام التعليم الرسمي. وتعتبر التربية مرحلة ما قبل المدرسة على جانب كبير من الأهمية بالنسبة للمعوقين نظرا لاحتياجهم إلى الاستثارة والخبرات المبكرة التي تساعد

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

على نمو تلك المهارات التي لا يمكنهم اكتسابها بطريقة عرضية.	
أنظر التربية في مرحلة الطفولة المبكرة	Early Childhood Education
العقاب	Punishment
تعزيز / معزز : أي نتيجة ينتهي بها السلوك بحيث تزيد من احتمال حدوثه في المستقبل. والمعزز عبارة عن حدث أو مكافأة تزيد من احتمال حدوث السلوك وتكراره في المستقبل عندما يعقبه المعزز.	Reinforcement (Reinforcer)
غرفة المصادر : مكان معين يتم إعداده وتجهيزه بمواد وأجهزة خاصة ويعمل به معلم أو أكثر ممن أعدوا إعدادا خاصا للاضطلاع بمهمة تعليم الأطفال المعوقين الذين يذهبون إليه - طبقا لجدول معين - للحصول على مساعدة في جوانب معينة أو الذين يحتاجون على إرشاد للتغلب على صعوبة ما. وتعد غرفة المصادر إحدى الأساليب الحديثة التي شاع استخدامها في مجال التربية الخاصة، بهدف تقديم الخدمات للمعوقين مع وجودهم في المدارس العادية.	Resource Room
التعزيز الشرطي / الاقتراني : مكافأة أو شيء ما يمكن الحصول علية بطريقة منظمة؛ عندما يسلك الفرد بأسلوب يسفر عن نتائج معينة أو محددة.	Contingent Reinforcement
التعزيز المستمر : جدول يتم بموجبة مكافأة أو تعزيز كل استجابة يمارسها الفرد.	Continuous Reinforcement
استرخاء	Relaxation
تدعيم	Reinforcement
التوجيه لنشاط بديل	Redirection
لعب الأدوات	Role playing
برامج التربية الخاصةSEP	Special Education Programs
مدرسة نهارية خاصة : أي مؤسسة تضطلع بمهمة تعليم الأطفال غير العاديين ورعايتهم خلال ساعات اليوم .	Special Day School

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الدراسي، بينما لا يتضمن أية خدمات إيوائية للسكن أو الإقامة الداخلية.	
إبعاد مؤقت	Time Out
اقتصاد رمزي	Token Economy
فصل دراسي للتدريب العملي : فصل دراسي تقوم الكليات أو الجامعات بأدراجه في جداولها لتقديمه بهدف توضيح مواد التدريس وإجراءاته وإستراتيجياته لمن يتوقع لهم العمل في التدريس، و / أو للمدرسين المتدربين أثناء خدمتهم.	Demonstration Class
التشخيص التربوي : يستخدم التشخيص التربوي اختبارات ووسائل تقييميه لتحديد المستوى الأكاديمي للطلاب وكيفية تعلمهم. وتستخدم المعلومات التي تجمع عن طريق التشخيص التربوي في اختيار الخدمات للطلاب كما تستخدم في تنظيم وتوجيه أنشطة تربوية معينة لهم.	Educational Diagnosis
المتخلفون عقليا القابلون للتعلم / المعوقون عقليا القابلون للتعلم : يستخدم هذا المصطلح لوصف المستويات العليا من التخلف العقلي والذي يتضمن أفرادا قادرين على أن يصبحوا مكتفين ذاتيا وعلى تعلم مهارات أكاديمية عن طريق الصفوف الابتدائية العليا.	Educable Mentally Handicapped (EMH) Educable Mentally Retarded (EMR)
تعميم التعلم : تعبير عن استنتاج أو عملية صياغة استنتاج يعتمد على عدد من الحقائق أو الشواهد المعينة أو يستنتج منها .فافتقار القدرة على تعميم التعلم وامتداده أثره إلى أوضاع أخرى غير تلك التي حدث فيها يعد سمة للأطفال ذوي مستوى الذكاء المنخفض.	Generalization of Learning
تعميم التدريب : عملية تعليم مخططة ومصممة لمساعدة التلاميذ على تحويل معرفتهم مهارات تعلموها في وضع واحد إلى أوضاع أخرى.	Generalization of Training

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

Ability Grouping	التصنيف طبقا للقدرة : تصنيف التلاميذ إلى فئات معينة مستقلة عن بعضها البعض طبقا لقدراتهم الأساسية أو لمستوى أدائهم في مجالات دراسية معينة. ويتم ذلك في الغالب على أساس درجاتهم في التحصيل الدراسي، أو استنادا إلى نتائج بعض الاختبارات المقننة.
Habilitation	التأهيل : عملية تدريب الفرد وتزويده بالخدمات اللازمة لتحسين أدائه بصورة عامة. وتتطلب عملية التأهيل تنمية المهارات اللازمة لنجاح الفرد في حياته وفي عمله. أما إعادة التأهيل rehabilitation فمن جهة أخرى تعني أن الفرد كان يحيا ويؤدي عملا ما بصورة عادية بيد أنه تعرض لإعاقة تستلزم إعادة تدريبه أو تأهيله مرة أخرى.
Human Service System	نظام الخدمة الإنسانية : مصطلح جديد يستخدم للإشارة إلى الاحتياجات التربوية والتأهيلية والطبية والخدمة الاجتماعية وغيرها والتي تضاف إلى برنامج موحد للتخفيف من الارتباك والفوضى في تقديم الخدمات.
Hyperactive	زائد النشاط : يصف سلوكا يتميز بالنشاط أو الحركة المفرطة وهذا النشاط قد يعوق الطفل عن التعلم، وقد يتسبب في مشكلات ضخمة بضبط السلوك والسيطرة عليه.
Hypoactive	قليل النشاط : يظهر فقدانا أو انعداما واضحا للنشاط البدني، وهو على العكس من النشاط الزائد.
Hysteria	هستريا
Individualized Education Program	البرنامج التربوي الفردي IEP
Individual Implementation plan	خطة الإنجاز الفرديIIP
Reinforcement Immediate	التعزيز الفوري : إطراء أو ثناء أو أي شكل آخر من المكافأة والإثابة يتم إعطاءه بشكل فوري بعد اكتمال تعلم نشاط تعلمي جديد اكتمالا ناجحا.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

مهارات الحياة المستقلة : تدريبات عملية يتم تعليمها للمتخلفين عقليا بحيث يمكنهم أداء وظائفهم وأعمالهم في المنزل أو في البيئات الجماعية (Also see ADL).	Living Skills ILS Independent
اختبار فردي : مقياس مصمم بحيث يعطي لفرد واحد في كل مرة على حدة، وهو عكس الاختبار الجمعي الذي يطبق على مجموعة من الأفراد في نفس الوقت.	Individual Test
البرنامج التربوي الفرديIEP : أحد عناصر قانون التربية لجميع الأطفال المعوقين بأمريكا.	Individualized Education Program
التعليم الفردي : طرق تدريس ودراسة اختيرت بصورة دقيقة بهدف تكيفها بشكل ملائم لاهتمامات طفل ما واحتياجاته وقدراته.	Individualized Instruction
اجتماع التخطيط الفرد : اجتماع يعقد بهدف إعداد البرنامج التربوي الفردي الخاص بطفل ما، كما يعقد بهدف مراجعته وتنقيحه.	Individualized Conference Planning
خطة البرنامج الفردية : هي خطة تقترب في مضمونها من البرنامج التربوي الفردي أو الخطة التاهيلية. ومثل هذه الخطة لا بد وأن تنص على ما يحتاجه الفرد - سواء كان طفلا أم راشدا - من أساليب تعليمية أو برامج علاجية.	Program Plan IPP Individualized
خطة التقدم الفردية	Individualized Progress Plan
خطة تعليم أو تأهيل يوجبها القانون الأمريكي العام	Individually Prescribed Instruction
مركز المواد التعليمية : 1. أي مكتب من المكاتب الإقليمية التي تشكل شبكة عمل وطنية مخصصة لجمع المواد اللازمة للاستخدام في العملية التعليمية من قبل المدرسين ' وتخزينها وجعلها في متناول أيديهم. 2.هو بصفة عامة أسم ينطبق على الأوضاع التي يتم فيها إنجاز العمل المذكور أعلاه. وقد يطلق عليه كذلك مصطلح (مركز المصادر) أو (مركز المصادر التعليمية) - والذي يعد الآن جزءا من المراكز الإقليمية أو الوطنية للمصادر التعليمية بأمريكا.	Materials Center Instructional (IMC)

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

Instructional Objectives	هدف تعليمي : النتيجة النهائية التي تسعى العملية التعليمية إلى تحقيقها.
Instructional Plan	الخطة التعليمية : هي جزء من البرنامج التربوي الفردي، وتقوم بتحديد الأهداف القصيرة المدى، والإستراتيجيات التي حددت بهدف التدخل لتربية الطفل غير العادي وعلاج نواحي القصور التي يعاني منها.
Life Experience Curriculum Integrated	منهج خبرات الحياة المتكامل : طريقة تستخدم لتعليم الطلاب المتخلفين عقليا القابلين للتعلم. وفي هذه الطريقة تستخدم الوحدات (أو المشروعات المتكاملة)، وجداول الخبرات، والروايات والتمثيليات المسرحية، بالإضافة إلى الوسائل الأخرى التي يشارك بها التلاميذ... في تقديم خبرات مباشرة تساعد المتخلفين عقليا على فهم بيئتهم بشكل أفضل، كما تساعدهم في حل مشكلات الحياة الملحة المتواصلة.
Integrated Plan	خطة التكامل : طريقة إدارية لتخصيص الأطفال غير العاديين وتوزيعهم للحصول على الخبرات التعليمية التربوية التي تساعدهم على الالتحاق بالفصل الدراسي العادي، مع مدرس مدرب بصورة خاصة بحيث يكون متاحا لمساعدة التلميذ في فصل خاص أو في غرفة المصادر. وقد أستبدل هذا المصطلح حديثا بمصطلحي
Mainstreaming & resource room	الدمج وغرفة المصادر
Integrated Method Skills	طريقة المهارات المتكاملة : طريقة لتدريس القراءة، تم تطويرها من العمل مع آلات الطباعة الناطقة، التي تستقل فيها القراءة بنفسها عن أي طريقة أو برنامج تقليدي معين. ويقوم هذا البرنامج بدمج احتياجات التلميذ بمعرفة العلم ومهاراته، وأساليبه التدريسية، كما يؤكد على ثلاثة عناصر رئيسية هي: وحدة المهارات الابتدائية، ودروس المهارات المتكاملة، والقراءة التطبيقية.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

Negative Reinforcement	تعزيز سلبي : عملية تتضمن استبعاد مثير غير مرغوب عقب ممارسة الفرد لاستجابة مرغوبة، مما يؤدي إلى.
Fixed Interval Reinforcement	التعزيز على فترات زمنية ثابتة : نظام لمكافأة السلوك المرغوب فيه وتعزيزه. ومن خلاله يتم إعطاء المكافأة أو المعزز بعد انقضاء فترة محدودة من الوقت (فمثلا : يقدم التعزيز كل 5 دقائق إذا ظهر السلوك المرغوب فيه.
Extinction	الانطفاء : اختفاء أو عدم ظهور سلوك معين، وقد يحدث ذلك نتيجة تعديل مخطط للأهداف أو الاحتياجات أو نتيجة استبعاد التعزيز الخاص باستجابة ما.
Edible Reinforcer	المعزز الصالح للأكل : أي شيء صالح للأكل مما يفضله التلاميذ بحيث يمكن استخدامه كمكافأة للسلوك المرغوب المناسب.
Autistic Spectrum Disorder	اضطراب طيف التوحد: ASD
Autistic Diagnostic Interview Revised	المقابلة التشخيصية للتوحد (ADI-R)
Autism Behavior Checklist	قائمة شطب لفحص السلوك للطفل التوحدي
Autism Diagnostic Observation Schedule	جدول المراقبة التشخيصي للتوحد: ADOS
Adolescent &Adult Psycho-educational Profile	اختبار تقييم قدرات الأطفال التوحديين عند مرحلة البلوغ AAPEP
Applied Behavior Analysis	تحليل السلوك التطبيقي ABA
Auditory Integration	تدريب التضامن السمعي AIT
Attention Deficit Hyperactivity Disorder	اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ADHD
Adaptive Behavior	السلوك التكيفي
Adulthood	مرحلة الرشد
Ataxia	اضطراب في التوازن
Attention Span	فترة الانتباه
Behavioral Intervention	التدخل السلوكي
Brain Injury	إصابة الدماغ

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

الاختلالات البيولوجية-الكيميائية	Biochemical Irregularities
توحد كلاسيكي (تقليدي)	Clic Autism
قائمة شطب لفحص التوحد لدى الأطفال الرضع CHAT	Checklist for Autism in Toddlers
مقياس كارز لقياس التوحد CARS	Childhood Autism Ratin Scale
العلاج بطرقة كرينو ساكرال CST	Crano Sacral Therapy
العلاج المعرفي السلوكي	Cognitive Behavioral Therapy
الدليل التصنيفي الإحصائي المعدل	DSM IV-R
التدخل الغذائي	Dietery Intervention
تنائي مثيل الغلايسين (مركب غذائي) يوجد في قشور الأرز وأوراق النبات الخضراء يساعد التوحديين	DMG
الببغائية (ترديد الكلمات)	Echolalia
تخطيط الدماغ	E.E.G
التواصل الميسر	Facilitated Counication
نفاذية الأمعاء	Intestinal Permeability
نسبة الذكاء IQ	Intelligence Quotient
متلازمة كانر	Kanner's Syndrome
الدمج	Mainstreaming
زيادة الأفيون المخدر وهي نظرية من نظريات التوحد	Opioid Excess
اضطرابات النمو الشاملة P.D.D	Pervasive Development Disorder
اضطرابات النمو الشاملة غير المحدودة	PDD-NOS
العدوانية	Aggression
نظام التواصل عن طريق الصور	PECS
العلاج بطريقة التكامل الحسي	Sensory Integration Therapy
الفصام الطفولي	Infantile Schesophrenia
الخطة التربوية الفردية	IEP
التدخل المبكر	Early Intervention

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

المراجع

1. السرطاوي وآخرون (2000): الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة، العين: دار الكتاب الجامعي.
2. جاك سي استيورت (1996): ترجمة عبدالصمد قائد الغبري وفريدة عبدالوهاب آل مشرف: إرشاد الآباء ذوي الأطفال غير العاديين، جامعة الملك سعود، الرياض.
3. جمال الخطيب وآخرون (1992): إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، دار حنين، عمان.
4. جمال الخطيب، منى الحديدي (1998): التدخل المبكر، مقدمة التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر.
5. جمعة سيد يوسف (2000): الاضطرابات السلوكية وعلاجها.
6. حامد عبدالسلام زهران (1978): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، عالما لكتب: القاهرة.
7. حامد عبدالسلام زهران (1980): التوجيه والإرشاد النفسي، ط2، عالم الكتب: القاهرة.
8. درهم وقاية (1997): من العزل إلى الدمج ومن الرفض إلى القبول، نشرة دورية تصدر عن مركز التدخل المبكر في مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، العدد الثالث عشر.
9. رجاء حيدر (2006): متطلبات دمج المعوقين "مجلة النور" العدد 248، سوريا/ دمشق.
10. رشاد علي عبدالعزيز موسى (1994): بحوث في سيكولوجية المعاق، دار النهضة العربية: القاهرة.
11. زيدان أحمد السرطاوي (1411هـ): اتجاهات طلاب المرحلة التعليمية المتوسطة نحو المعوقين وعلاقاتها ببعض المتغيرات المتعلقة بالإعاقة، العدد الثاني، مجلة رسالة التربية وعلم النفس، الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية، جامعة الملك سعود، الرياض.
12. عادل كمال خضر (1995): دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية، مجلة علم النفس، العدد الرابع والثلاثون، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
13. عادل كمال خضر: دراسة مقارنة لمفهوم الذات لدى الأطفال المصابين بالتخلف العقلي والأطفال العاديين، قبل وبعد دمجهم معاً في بعض الأنشطة المدرسية، في مجلة علم النفس، القاهرة.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

14. عادل كمال خضر، ومائسة أنور المفتي (1992): إدماج الأطفال المصابين بالتخلف العقلي مع الأطفال الأسوياء في بعض الأنشطة المدرسية وأثره على مستوى ذكائهم وسلوكهم التكيفي في دراسات نفسية، القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رائم).
15. عبدالرحمن سالم الخلف (1987): نشأة وتطور تعليم المكفوفين بالمملكة العربية السعودية، العدد28، مجلة التوثيق التربوي، وزارة المعارف، المملكة العربية السعودية.
16. عبدالرحمن سليمان (2001): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، أسليب التعرف والتشخيص، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
17. عبدالرحمن سليمان (2001): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، الأساليب التربوية والبرامج التعليمية، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
18. عبدالرحمن سليمان (2001): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، الخصائص والسمات، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
19. عبدالرحمن سليمان (2001): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، المفهوم والفئات، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
20. عبدالعزيز العبد الجبار (1998): ندوة دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي، البحرين.
21. عبدالمطلب القريطي (2001): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، القاهرة: دار الفكر العربي.
22. عبدالوهاب أحمد عبدالواسع (1983): التعليم في المملكة العربية السعودية، ط2، الكتاب العربي السعوذي، جدة.
23. عليه حمادة الحسيني (2005): دمج المعاق ذهنياً بين النظرية والتطبيق، الإصدار الثاني، مصر: الجمعية النسائية للتنمية بجامعة أسيوط
24. عمر نصر الله (2002): الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتأثيرهم على المجتمع، عمان: دار وائل للنشر.
25. فاروق الروسان (1996): سيكولوجية الأطفال غير العاديين، ط2، دار الفكر، عمان.
26. فاروق الروسان (1998): قضايا ومشكلات في التربية الخاصة، دار الفكر، عمان.
27. فاروق سيد عبدالسلام (1401هـ): الخصائص النفسية للمعوقين، العدد53، السنة الخامسة، مجلة الفيصل، الرياض.
28. فاروق سيد عبدالسلام وآخرون (1992): مدخل إلى الإرشاد التربوي والنفسي، دار الهدى للنشر والتوزيع، الرياض.
29. فاروق صادق وآخرون (1986): دراسة اتجاه المجتمع السعودي لحو المكفوفين، المجلد الثالث، مجلة دراسات تربوية، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

30. فتحـي الـسيد عبـدالرحيم (1982): سيكولوجية الأطفـال غـير العـاديين، الطبعـة الثانيـة، الكويت.
31. فتحي السيد عبدالرحيم (1983): قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعـوقين (النظرية والتطبيق)، دار القلم، الكويت.
32. فتحي السيد عبدالرحيم، وحليم السعيد بشاي (1982): سيكولوجية الأطفال غير العـاديين، الجزء الثاني، دار القلم، الكويت.
33. كارول توماس (ترجمة) صلاح مخيمر (1969): رعاية المكفوفين نفسياً واجتماعياً ومهنياً، عالم الكتب. القاهرة.
34. كمال سالم سيسالم (1997): المعاقون بصرياً خصائصهم ومناهجهم، الدار المـصرية اللبنانيـة، القاهرة.
35. لطفي بركات أحمد (1978): الفكر التربوي في رعاية الطفل الكفيف، مكتبة الخانجي، مصر.
36. لطفي بركات أحمد (1981): تربية المعوقين في الوطن العربي، دار المريخ، الرياض.
37. لطفي بركات أحمد (1982): الرعاية التربوية للمكفوفين، ط1، تهامة، جدة.
38. ماجدة السيد عبيد (1999): الإعاقة الحسية الحركية، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
39. ماهر محمود الهواري (1401هـ): شخصية الكفيف، عدد51، مجلة الفيصل، الرياض.
40. محمد سيد فهمي (1983): السلوك الاجتمـاعي للمعـوقين دراسـة في الخدمـة الاجتماعيـة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
41. مريم الزيودي (2007): دعوة لـدمج ذوي الاحتياجـات الخاصـة في الفـصول العاديـة "مجلـة البيان" العدد 987، السنة الثامنة والعشرون
42. مريم صالح الأشقر: دمج ذوي الاحتياجات الخاصـة في المجتمـع، إصـدارات المركـز الثقـافي الاجتماعي بالجمعية القطرية لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة.
43. ملك أحمد عبدالعزيز (1993): مدى فاعلية نظام الـدمج في تحسين بعـض جوانـب الـسلوك التوافقي للتلاميذ المتأخرين عقلياً القابلين للتعلم، رسالة ماجستير غير منشورة، كليـة التربيـة جامعة عين شمس.
44. منى الحديدي (2002): مقدمـة في الإعاقـة البـصرية، الأردن: دار الفكـر للطباعـة والنـشر، الطبعة الأولى).
45. نـدوة عـن تجـارب دمـج الأشـخاص ذوي الاحتياجـات الخاصـة في دول مجلـس التعـاون الخليجلي (التطلعات والتحديات) (1998).
46. هانم صلاح توفلس (1998): فعالية برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات المعلمـين تجـاه الإعاقـة البصرية، بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في التربية، جامعة الزقازيق، قسم الصحة النفسية.
47. يوسف القريوتي وآخرون (1995): المدخل إلى التربية الخاصة،عمان

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

48. Affleck, Madge, Adams, And Lowenbraun. (2004) "Integrated Classroom Versus Resource Model: Academic Viability And Effectiveness." Exceptional Children: 339-348.

49. Allington, Richard L., And Anne Mcgill-Franzen(2000). "Comprehension And Coherence: Neglected Elements Of Literacy Instruction In Remedial And Resource Room Services." Journal Of Reading, Writing, And Learning Disabilities International: 149-182.

50. Arnold, Jean B., And Dodge, Harold. "Room For All." The American School Board Journal (October, 2004): 10.

51. Assessing And Correcting Reading And Writing Difficulties (2002) LB1050.5.G846 Instructional Educ & Behav Sci Lib 5th Floor Paterno .

52. Assessment In Special Education: A Practical Approach. LC4031.P483(2002) Instructional Educ & Behav Sci Lib 5th Floor Paterno The Special Education Treatment Planne. LC4031.W55 (2001) Instructional Educ & Behav Sci Lib 5th Floor Paterno .

53. Baker, E.T., Wang, M.C., And Walberg, H.J. "The Effects Of Inclusion On Learning." Educational Leadership (1994-1995): 33-35.

54. Block, M. E. (2000). Are Children With Disabilities Receiving Appropriate Physical Education?. Teaching Exceptional Children, 31(3) 18-23. Retrieved November 29, 2007, From Metalab Database.

55. Bogdan, R., And Taylor, S.J, "Relationships With Severely Disabled People: The Social Construction Of Humanness." Social Problems (1999): 36,2:135-148.

56. Carlberg, C., And Kavale, K. "The Efficacy Of Special Versus Regular Class Placement For Exceptional Children: A Meta-Analysis." The Journal Of Special Education (2000): 295-305.

57. Chieger Emanual (2003): Special Education And Social Handicapped Freund Publishing House, England.

58. Chieger, Emanuel (2000). Youth And Disability, Freund Publishing House England.

59. Children In Middle - Childhood. European J. Of Psychology Of Education. Vol. 9 (1) 15-25.

60. Chu, D., Griffey, D. (2005). The Contact Theory Of Racial Integration: The Case Of Sport. Sociology Of Sport Journal, 2(4), 323-333. Retrieved December 10, 2007, From Metalab Database.

61. Complete Learning Disabilities Handbook : Ready-To-Use Strategies & Activities For Teaching Students With Learning Disabilities LC4704.H378 2001 Instructional Educ & Behav Sci Lib 5th Floor Paterno

62. Corn Anne (2005): When You Have A Visually Handicapped In Your Class.

63. Council For Exceptional Children. (2005) 1110 North Glebe Road, Suite 300, Arlington, VA 22201. Web Site: Www.Cec.Sped.Org/.

64. Critical Issues In Special Education. (2000) Penn State Great Valley - General Collection LC3981.Y87

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

65. Curriculum Development For Students With Mild Disabilities : Academic And Social Skills For Inclusion Ieps.LC4031.J575(2000) Instructional Educ & Behav Sci Lib 5th Floor Paterno

66. Dalton, M. A. "Education Rights And The Special Needs Child." Child And Adolescent Psychiatric Clinicals Of North America 11 (2002): 859–68.

67. Definition Of Mainstreaming, Accessed October 11, 2007

68. Efficacy Of Special Education And Related Services. LC4031.K38 1999 Penn State Great Valley - General Collection, Harrisburg

69. Elliott, Barbara, And Riddle, Margaret. "An Effective Interface Between Regular And Special Education: Special Education, Inc., 2002.

70. Elliott, T., Herrick, S., Patti, A. & Witty, T., (2001): Assertiveness, Social Support, And Psychological Adjustment Following Spinal Cord Injury. Behavioral Research And Therapy. Vol 29 (5) 485 - 493.

71. Gargiulo, Richard M. Special Education In Contemporary Society. Florence, KY: Wadsworth Publishing, 2005.

72. Gordon, Stacey. "Making Sense Of The Inclusion Debate Under IDEA." 2006 B.Y.U. Educ. & L.J. 189 (2006).

73. Guess, D., And Thompson, B., "Preparation Of Personnel To Educate Students With Severe And Multiple Disabilities: A Time For Change?" Critical Issues In The Lives Of People With Severe Disabilities, 2001.

74. Heller, K. W., And J. Tumlin. "Using Expanded Individualized Health Care Plans To Assist Teachers Of Students With Complex Health Care Needs." Journal Of School Nursing 20 (June 2004): 150–60.

75. Heshusius, Lous. " Reading Meaning Into Texts." Exceptional Children (March-April 2002): 472-475.

76. Heshusius, Lous. "The Arts, Science, And The Study Of Exceptionality." Exceptional Children (September 2006): 60-65.

77. Howard, Patrick. "The Least Restrictive Environment: How To Tell?" 33 J.L.& Educ. 167 (April, 2004).

78. Http://Eric.Ed.Gov/Ericwebportal/Contentdelivery/Servlet/Ericservlet?2005.Accno=ED132767

79. IDEA Funding Coalition, "IDEA Funding: Time For A New Approach," Mandatory Funding Proposal, Feb. 20 2001, P. 2.

80. Improving Adjustment Outcomes For Foster : (Clark. H.B., Et. Al., (2004) Disorders: Early Findings From A Children With Emotional And Behavioral Of Emotional And Behavioral .Controlled Study On Individualize Services. J •Disorders. Vol. 2 (4) 207-218

81. Internet Special Education Resources. Available Online At Www.Iser.Com/Index.Shtml(Accessed ovember 4,2004).

82. Kaufman, J. "The Regular Education Initiative As Reagan-Bush Education Policy: A Trickle-Down Theory Of Education Of The Hard-To-Teach."Journal Of Special Education (2003): 3.

83. Kaufman, James, Et Al. Exceptional Learners: Introduction To Special Education. New York: Allyn & Bacon, 2005.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

84. Kavale, K.A., And Glass, G.V. "The Efficacy Of Special Education Interventions And Practices: A Compendium Of Meta-Analysis Findings." Focus On Exceptional Children (2002): 1-14.

85. Kunjufu, Jawanza. Keeping Black Boys Out Of Special Education. Chicago, IL: African American Images, 2005.

86. Learners With Mild Disabilities : A Characteristics Approach. LC4705.R39 2000 Instructional Educ & Behav Sci Lib 5th Floor Paterno

87. Lieberman, L., James, A., & Ludwa, N. (2004). The Impact Of Inclusion In General Physical Education For All Students. Journal Of Physical Education, 75(5), 37-55. Retrieved December 10, 2007, From Metalab Database.

88. Madden, N.A., And Slavin, R.E. "Mainstreaming Students With Mild Handicaps: Academic And Social Outcomes." Review Of Educational Research (2003). 519-569.

89. Mainstreaming Deaf Students (2006). Independent School, 66, 6. Retrieved November 29, 2007, From Ebscohost Database.

90. Mainstreaming: "Special Needs Students "Belong" In The Special Classroom", Accessed October 16, 2007

91. Margalit, M., (2001): Promoting Classroom Adjustment And Social Skills For Students With Mental Retardation Within An Experimental And Control Group Design. Exceptionality. Vol. 2 (4) 195- 204.

92. MAX Foundation. PO Box 22, Rockville Center, New York,2003 NY 11571. Web Site: .

93. Mclaughlin, Margaret. "What Makes Inclusion Work?" Doubts And Certainties, (January/February, 2005). Volume IX, Number 3. Washington, DC: National Education Association Center For Innovation.

94. Murray-Seegert, C. "Nasty Girls, Thugs, And Humans Like Us: Social Relations Between Severely Disabled And Nondisabled Students In High School." Baltimore: Paul H. Brookes, 2005.

95. O., Reily (2003): News Published By National Library Service For The Blind And Physical Handicapped, Library Of Congress, Washington.

96. Osborne, Allan G. "Is The Era Of Judicially-Ordered Inclusion Over?" 114 Ed. Law Rep. 1011 (February, 1997).

97. Peck, C .A., Carlson, P., And Helmstetter, E. "Parent And Teacher Perceptions Of Outcomes For Typically Developing Children Enrolled In Integrated Early Childhood Programs: A Statewide Survey." Journal Of Early Intervention (2002): 53-63.

98. Pielasch, Haelmut (2000): Our Blind Child Published By Secretariat Of Europen Regional Committee Of The World Council For The Blind, Berlin.

99. Pinnell, G.S. Restructuring Beginning Reading With The Reading Recovery Approach. Bloomington: Phi Delta Kappa, 2001.

100. Piuma, Mary F. Benefits And Costs Of Integrating Students With Severe Disabilities Into Regular Public School Programs: A Study Summary Of Money Well Spent. San Francisco: San Francisco State University, 2001

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

101. Reach Them All : Adapting Curriculum And Instruction With Technology In Inclusive Classrooms. LC1201.R43 1999 Instructional Educ & Behav Sci Lib 5th Floor Paterno
102. Rogers, Joy. The Inclusion Revolution. Bloomington: Phi Delta Kappa, 2003
103. Rost, D., & Cezeschilk, T., (2004): The Psycho- Social Adjustment Of Gifted
104. Scherman, A., Et. Al., (2005) Children With Disabilities. Educational Gerontology. Vol. 21(3) 261-273.
105. Schiller, Ellen, Fran O'Reilly, Tom Fiore,(2003) Marking The Progress Of IDEA Implementation, Published By The Office Of Special Education Programs.URL:Http://Nclid.Unco.Edu/Resources/IDEA_Progress.Pdf , Retrieved June 26, 20
106. Secondary Schools And Beyond : Transition Of Individuals With Mild Disabilities. LC4031.G35 2003 Educ & Behav Sci Lib 5th Floor Paterno
107. Silver, Larry B. The Assessment Of Learning Disabilities: Preschool Through Adulthood., Boston: Little Brown, 2004.
108. Special Education Resources On The Internet (SERI). Available Online At Www.Seriweb.Com/ (Accessed November 4,2004).
109. Special Education, Multicultural Education, And School Reform : Components Of Quality Education For Learners With Mild Disabilities LC1099. S64 2001 Educ & Behav Sci Lib 5th Floor Paterno
110. Strategies For Teaching Learners With Special Needs. LC4631.P65 2001 Instructional Educ & Behav Sci Lib 5th Floor Paterno
111. Strategies For Teaching Students With Learning And Behavior Problems. LC4705.B67 2002 Educ & Behav Sci Lib 5th Floor Paterno
112. Students With Mild Disabilities In General Education Settings : A Guide For Special Educators. LC4705.V35 2000 Educ & Behav Sci Lib 5th Floor Paterno
113. Students With Mild Disabilities In The Secondary School. LC4031.S89 2001 Educ & Behav Sci Lib 5th Floor Paterno
114. Suomi, J., Collier D., & Brown L. (2003). Factors Affecting The Social Experiences Of Students In Elementary Physical Education Classes. Journal Of Teaching In Physical Education, 22(2), 186. Retrieved November 29, 2007, From Ebscohost Database.
115. Teaching Students With Mild Disabilities. LC4015.S606 1993 Educ & Behav Sci Lib 5th Floor Paterno
116. Teaching Students With Mild Disabilities. LC4031.B417 2005 Instructional Educ & Behav Sci Lib 5th Floor Paterno
117. The Council On Exceptional Children, Position Paper (2003).
118. The Inclusive School." Educational Leadership (December 1994/January 1995: 4.
119. The Integration Of Students With Special Needs Into Regular Classrooms: Policies And Practices That Work. Washington, DC: National Education Association, 2002

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

120. This Paper Was Written In 2001 By Katie Schultz Stout, WEAC's Director Of Instruction And Professional Development, And Updated In 2007 By Joanne Huston, Teaching And Learning Consultant/ Legal Counsel

121. Tidmarsh L., & Volkmar F. (2003). Diagnosis And Epidemiology Of Autism Spectrum Disorders. Canadian Journal Of Psychiatry. Retrieved November 29, 2007, From Https://Ww1.Cpa-Apc.Org/Publications/Archives/CJP/2003/September/Tidmarsh.Asp

122. Tur- Kaspa. H., & Bryan. T., (2005) Social Competence And School Adjustment Of Student With L.D In Elementary And Junior Hight School. J. Of Learning Disabilities. Vol. 28 (1) 44-52.

123. Twenty-Five Years Of Progress In Educating Children With Disabilities Through IDEA. National Research Center On Learning Disabilities. Retrieved November29,2007FromHttp://Www.Nrcld.Org/Resources/Osep/Historyidea.Html

124. United States Department Of Education Response To NEA Questions, OSERS, Inclusion (Spring 2002), IV, 4.

125. Walker, John (2006): Educational Programs For Visually Handicapped Printing Office, Washington.

126. Wang, M.C., Reynolds, M.C., And Walberg H.J. "Serving Students At The Margins," Educational Leadership (2004): 12-17.

127. Webb, N. "With New Court Decisions Backing Them, Advocates See Inclusion As A Question Of Values." The Harvard Education Letter (2004). 4.

128. Weiner, R. Impact On The Schools. Capitol Publications. (2005).

129. Weisman, M.L. "When Parents Are Not In The Interest Of The Child." The Atlantic Monthly (July 2004): 43-44, 46-47, 50-54, 56-60, 62-63.

130. Weist, Mark D., And Kathleen E. Albus. "Expanded School Mental Health." Behavior Modification 28 (July 2004): 463–71.

131. Wilmshurst, L, & Brue, A. W. (2005). A Parent's Guide To Special Education. New York: AMACOM

132. Winners All: A Call For Inclusive Schools. Alexanderia, VA: National Association Of State Boards Of Education2002.

133. Wisconsin Department Of Public Instruction, Bulletin Number 93.12. (2003).

134. Wolfberg P.J., & Schuler A.L. (1999). Fostering Peer Interaction, Imaginative Play And Spontaneous Language In Children With Autism. Child Language Teaching & Therapy, 15, 41-52. Retrieved November 29, 2007, From Ebscohost Database.

135. Working Forum On Inclusive Schools. Creating Schools For All Our Students: What 12 Schools Have To Say. (2004).

136. Wright, Peter W., And Pamela Darr Wright. "Your Child's IEP: Practical And Legal Guidance For Parents." Wrightslaw. Available Online At www.Wrightslaw.Com/Advoc/Articles/Iep_Guidance.Html (Accessed November 4,2004).

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

137. Wright, Peter W., And Pamela Darr Wright. From Emotions To Advocacy: The Special Education Survival Guide. Hartfield, VA: Harbor House Law Press, 2002.

138. York, Jennifer, Et.Al., Creating Inclusive School Communities. Minneapolis: University Of Minnesota, 2003.

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده

https://www.facebook.com/groups/MoHaMeD.HeMiDa.books/

سيكولوجية الدمج
في الطفولة المبكرة

Bibliotheca Alexandrina
0799623

9 789957 065447

دار المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة
www.massira.jo

Yaman

رفع و تنسيق و فهرسه الملف : محمد أحمد حميده